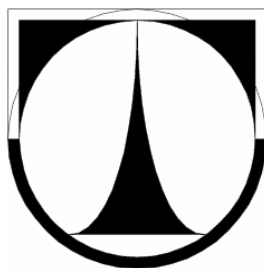


Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií



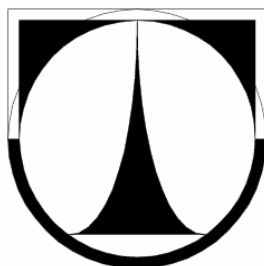
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Liberec 2012

Julie Caldová

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií



Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Multikulturní aspekty paliativní péče

Multicultural aspects of palliative care

Julie Caldová

Bakalářská práce

Liberec 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONT)

Jméno a příjmení: Julie Caldwell
Osobní číslo: Z09000021
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Multikulturní aspekty paliativní péče
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu

C1 1: Zjistit, jak náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování paliativní péče.

C1 2: Porovnat spouštěč v poskytování paliativní péče u jednotlivých náboženství.

Východiska (abstrakt)

Výzkum je zaměřen na náboženské a kulturní aspekt ošetrovatelské péče u nevyléčitelně nemocných pacientů. Znat a umět aplikovat odlišné náboženské zvyky a tradice je důležité a zprostředkované pro poskytování kvalitní a holistické péče pacientům, proto je porovnání různých náboženství z ošetrovatelského hlediska podstatné a přínosné. Ošetrovatel se setkává s pacienty jiných náboženství, tradic a zvyků. Toto platí i při péči o pacienty nevyléčitelně nemocné.

Výzkumné předpoklady

Předpoklad 1: Domníváme se, že náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče.

Předpoklad 2: Domníváme se, že sestra náboženského vyznání bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez vyznání.

Předpoklad 3: V islámském náboženství předpokládáme vyšší míru zspojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání.

Předpoklad 4: Předpokládáme menší důraz na multikulturní léčbu u sester hinduistického vyznání.

Předpoklad 5: Předpokládáme častější využití tradičních léčebných systémů u východních náboženství.

Metoda : kvantitativní výzkum

Technika : hromadný dotazník osobně předávaný a umístěný na webových stránkách

Místo a čas výzkumu : Hospic Štrasburk, Praha, Japonsko, Saúdská Arábie, Indie, Velká Británie, Česká republika

- červenec 2011 - leden 2012

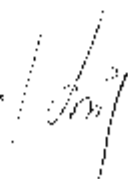
Vzorek : sestry vyznávající buddhismus, hinduismus, islám, křesťanství nebo bez náboženského vyznání, které pracují a setkávají se s pacienty potřebující paliativní péči

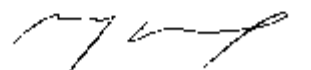
Rozsah grafických prací:	např. 10 tabulek, 10 grafů
Rozsah pracovní zprávy:	50-70 stran
Forma zpracování bakalářské práce:	tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:	viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:	Mgr. Kateřina Švejdová Ústav zdravotnických studií
---------------------------	---

Datum zadání bakalářské práce:	15. září 2010
Termín odevzdání bakalářské práce:	30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Káň
rektor




Ing. Jarmila Myslivecká, Ph.D.
ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

1. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing 2010. 128 stran. ISBN 978-80-247-3171-1
 2. VORLÍČEK, Jiří. ADAM, Zdeněk. POSPÍŠILOVÁ, Yvona. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing. 1998. 480 stran. ISBN 80-7169-437-1
 3. MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče. Praha: Grada Publishing 2005. 108 stran. ISBN 80-247-1025-0
 4. SKÁLA, Bohumil. SLÁMA, Ondřej. VORLÍČEK, Jiří. MISCONIOVÁ, Blanka. Paliativní péče u pacienty v terminálním stadiu nemoci. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře 2005. 10 stran. ISBN 80-86993-03-7
 5. SLÁMA, Ondřej. ŠPINKA, Štěpán. Koncepce paliativní péče v ČR (Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi). Praha: Cesta domů 2004. ISBN 80-239-4330-8
 6. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospic slovem a obrazem. Praha: Eccc homo 1993. 148 stran. ISBN 80-902049-1-0
 7. DIGIULIO, Robert. KRÁNZOVÁ, Rachel. O smrti. Nakladatelství Lidové noviny 1997. 154 stran. ISBN 80-7106-210-3
 8. POLLARD, Brian. Eutanazie-ano či ne? Praha: Nakladatelství Dita. 1996. 210 stran. ISBN 80-85926-07-5
 9. KELNAROVÁ, Jarmila. Tanatologie v ošetrovatelství. Brno: Nakladatelství Littera. 2007. 112 stran. ISBN 978-80-85763-36-2
 10. STUDENT, Johann-Christoph. MUHLUM, Albert. STUDENT, Ute. Sociální práce v hospici a paliativní péči. Mnichov: Nakladatelství H&H Vyšehradská s.r.o. 2006. 161 stran. ISBN 80-7319-059-1
 11. VIRT, Gunter. Žít až do konce. Praha: Nakladatelství Vyšehrad spol.s.r.o. 2000. 95 stran. ISBN 80-7021-330-2
 12. COLIN-THOMÉ, David. MAILLER, Jane. THOMAS, Keri. Caring for the Dying at home: Companions of the Journey. London. Radcliffe Publishing Ltd. 2003. ISBN 9781857759464
-

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 29. 6. 2012

Podpis

Čaláková Julia

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Švejdové za vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a připomínek. Dále všem respondentům, kteří se podíleli na empirické části mé bakalářské práce.

Anotace

V českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Julie Caldová

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Multikulturní aspekty paliativní péče

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Švejdová

Počet stran: 135

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2012

Souhrn: Předmětem bakalářské práce jsou specifika a rozdíly v poskytování paliativní péče u hlavních světových náboženství – buddhismu, hinduismu, islámu, křesťanství a u lidí bez náboženského vyznání. V teoretické části jsou charakterizována jednotlivá náboženství a popsáno jejich vnímání života a smrti a specifické zvyklosti a tradice spojené s péčí o umírajícího před, při a po úmrtí. Empirická část má za cíl zjistit, jak náboženské vyznání sestry ovlivňuje způsob poskytování paliativní péče a porovnat specifika v poskytování paliativní péče u jednotlivých náboženství. K získání informací byl použit dotazník, umístěný na internetových stránkách v anglickém jazyce nebo osobně předávaný zdravotníkům vyznávající některé ze zmíněných náboženství či bez náboženského vyznání, kteří se setkávají s pacienty potřebující paliativní péči.

Klíčová slova: paliativní medicína, paliativní péče, náboženství, buddhismus, hinduismus, islám, křesťanství, specifika péče, rituály

V anglickém jazyce

Name and surname: Julie Caldová

Institution: Technical University of Liberec

Title: Multicultural aspects of palliative care

Supervisor: Mgr. Kateřina Švejdová

Pages: 135

Addenda: 7

Year: 2012

Summary: The subject of this thesis are the specifics and differences in the provision of palliative care in the world's major religions - Buddhism, Hinduism, Islam, Christianity, and people without religion. In the theoretical section are these religions characterized and described their perception of life and death, and specific customs and traditions associated with the care of dying before, during, and after death. The empirical part aims to determine how religion affects the way nurses provide palliative care and to compare the specifics of providing palliative care in each religion. To obtain information questionnaire was used. It was distributed as a web form in English language or in personal contact with professionals in healthcare who profess some of these religions or no religion, and who encounter patients needing palliative care.

Key words: palliative medicine, palliative care, religion, Buddhism, Hinduism, Islam, Christianity, specific care, rituals

Obsah

I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍ	13
1.1 <i>Hinduismus</i>	13
1.2 <i>Buddhismus</i>	15
1.3 <i>Křesťanství</i>	18
1.4 <i>Islám</i>	21
2 PALIATIVNÍ PÉČE	26
2.1 <i>Definice</i>	26
2.2 <i>Principy paliativní péče</i>	26
2.3 <i>Formy poskytování paliativní péče</i>	28
2.4 <i>Potřeby umírajících</i>	29
2.5 <i>Thanatologie</i>	30
3 VNÍMÁNÍ UMÍRÁNÍ A SMRTI V JEDNOTLIVÝCH NÁBOŽENSTVÍCH, SPECIFIKA PÉČE	31
3.1 <i>Hinduismus</i>	31
3.1.1 Vnímání života a smrti	31
3.1.2 Specifika péče, rituály	32
3.1.3 Pohřeb	32
3.1.4 Doporučení pro praxi	34
3.2 <i>Buddhismus</i>	34
3.2.1 Vnímání života a smrti	34
3.2.2 Specifika péče, rituály	37
3.2.3 Pohřeb	37
3.2.4 Doporučení pro praxi	38
3.3 <i>Křesťanství</i>	38
3.3.1 Vnímání života a smrti	38
3.3.2 Specifika péče, rituály	39
3.3.3 Pohřeb	41
3.3.4 Doporučení pro praxi	41
3.4 <i>Islám</i>	41
3.4.1 Vnímání života a smrti	41
3.4.2 Specifika péče, rituály	43
3.4.3 Pohřeb	45
3.4.4 Doporučení pro praxi	45
4 KAZUISTIKA	47
4.1 <i>Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA klasifikace, plán péče</i>	48
II. EMPIRICKÁ ČÁST	57
5 METODIKA PRÁCE	57
5.1 <i>Cíle a výzkumné předpoklady</i>	57
5.1.1 Cíle	57
5.1.2 Výzkumné předpoklady	57
5.1.3 Hypotézy	57
5.2 <i>Metodika a harmonogram výzkumu</i>	58
5.3 <i>Charakteristika sledovaného vzorku</i>	60
6 VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT	64
6.1 <i>Vyhodnocení cílů a hypotéz</i>	87
7 DISKUZE	98
8 ZÁVĚR	100
8.1 <i>Doporučení pro praxi</i>	103
III. PŘÍLOHY	113

Úvod

V bakalářské práci se zabýváme vlivem náboženské víry na poskytování paliativní péče a konkrétními potřebami a zvyklostmi jednotlivých náboženství. Toto téma jsem si zvolila po dlouhodobém zájmu o problematiku paliativní péče a multikulturní ošetrovatelství.

Žijeme v dynamicky se rozvíjejícím světě, kde se setkáváme s lidmi rozličných kultur a náboženství. Zdravotníci musí na tento trend reagovat a umět pacientům poskytnout nejen kvalitní odbornou péči, ale orientovat se i ve specifických odlišnostech a potřebách jednotlivých náboženství. Zdravotníci mohou poskytovat precizní ošetrovatelskou a lékařskou péči, ale pokud se nebudou zajímat o pacientovy konkrétní zvyklosti a tradice, obzvláště týkající se náboženské víry, nemůžeme hovořit o opravdu kvalitním poskytování holistické péče. Obzvláště potřebný je takový přístup v paliativní péči. Pacient v terminálním stadiu nemoci vyžaduje specifickou péči a přístup, jeho potřeby se často mění a na důležitosti často získávají potřeby spirituální, jejichž neuspokojení může pacienta trápit více, než neuspokojení potřeb biologických. Zdravotníci by měli být schopni poskytnout individuální péči s ohledem na náboženské vyznání pacientů.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se zabýváme charakteristikou jednotlivých náboženství, paliativní péčí, potřebami umírajících, vnímáním života a smrti u daných náboženství a jejich konkrétními zvyklostmi a tradicemi. V empirické části jsme zjišťovali zvyklosti a názory respondentů jednotlivých náboženství v oblasti vnímání života a smrti, péče o umírající a specifických zvyklostech a tradicích.

V práci jsme stanovili dva cíle:

- Zjistit, jak náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování paliativní péče.
- Porovnat specifika v poskytování paliativní péče u jednotlivých náboženství.

Výzkumných předpokladů bylo stanoveno 5:

- Výzkumný předpoklad číslo 1: Domníváme se, že náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče.

- Výzkumný předpoklad číslo 2: Domníváme se, že sestra náboženského vyznání bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez vyznání.
- Výzkumný předpoklad číslo 3: V islámském náboženství předpokládáme vyšší míru zapojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání.
- Výzkumný předpoklad číslo 4: Předpokládáme menší důraz na medikamentózní léčbu u sester hinduistického vyznání.
- Výzkumný předpoklad číslo 5: Předpokládáme častější využití tradičních léčebných systémů u východních náboženství.

Cílem práce bylo získané výsledky i statisticky vyhodnotit. Z toho důvodu bylo stanoveno 5 hypotéz, které vycházejí a zpřesňují výzkumné předpoklady:

- Hypotéza číslo 1: Náboženský postoj má větší vliv na poskytování péče u sester s náboženským vyznáním než u sester bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 2: Sestra s náboženským vyznáním bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 3: V islámském náboženství je vyšší míra zapojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 4: U sester hinduistického vyznání je kladen menší důraz na medikamentózní léčbu než u ostatních respondentů.
- Hypotéza číslo 5: U východních náboženství jsou tradiční léčebné systémy využívány častěji než u ostatních náboženství a sester bez náboženského vyznání.

Cílem této práce je zjistit specifika v péči o pacienty vyznávající hlavní světová náboženství, buddhismus, hinduismus, islám a křesťanství. Snahou je podat ucelené a praktické informace a rady, jak postupovat při péči o pacienty jiných náboženských vyznání.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika jednotlivých náboženství

Definovat pojem náboženství je velice obtížné. Hans Küng a Josef van Ess v knize „Křesťanství a judaismus“ charakterizují náboženství slovy: „*Náboženství se v nějaké tradici a společenství živě uskutečňuje jako sociálně i individuálně realizovaný vztah k něčemu, co překračuje či zahrnuje člověka a jeho svět: k nějaké – ať už jakkoli pochopené – nejzazší pravé skutečnosti (absolutnu, bohu, nirváně). Na rozdíl od filozofie jde v náboženství zároveň o poselství spásy a o cestu spásy.*“¹

Dle Kanta je náboženství: „...*uvědomění si mravního zákona – kategorického imperativu – jako příkazu božského.*“² Slovo náboženství není užíváno vždy ve stejném významu [2, 10, 12]. V následující kapitole jsou charakterizována hlavní světová náboženství – hinduismus, buddhismus, křesťanství a islám.

1.1 Hinduismus

Hinduismus je nejstarší existující náboženství vzniklé v Indii. Pravděpodobné období vzniku je 2.pol. 1.tisíciletí př.n.l., dle některých autorů 3.tisíciletí př.n.l. Nemá historického zakladatele, ústřední autoritu ani stanovené minimální učení. Zahrnuje mnoho náboženských a filosofických učení a směrů, čímž tvoří složitý systém. Je velmi různorodý a tolerantní k ostatním náboženstvím. Odlišné formy víry vnímá jako alternativní cestu, vedoucí k témuž cíli. Hinduismus tedy nepovažuje za nutné obracet na víru jinověrce [3, 10, 13, 21, 26].

„*Hinduismus není pevně definované náboženství, ale spíše způsob myšlení celé staré a lidnaté civilizace.*“³ Zahrnuje nejen náboženskou víru, ale také složitý společenský systém [3, 26].

¹ KÜNG, Hans. VAN ESS, Josef. *Křesťanství a islám*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad. 1998. str.15

² DEMJANČUKOVÁ, Dagmar. *Teorie a dějiny náboženství*. Dobrá Voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2003. str.19

³ CROSS, Stephen. *Hinduismus*. Praha: Euromedia Group, k.s. 2001. str.12

Hinduistické děti jsou vychovávány tak, aby dodržovaly pět každodenních povinností:

- *provádět jógu nebo meditaci*
- *projevovat úctu rodinnému bohu a uctívat ho*
- *chovat bezpodmínečnou úctu vůči starším a předkům*
- *nabízet pohostinnost všem chudým i svatým mužům a ženám*
- *mít respekt ke všem živým tvorům.⁴*

Cílem hinduisty je konečné duchovní vysvobození z koloběhu života a smrti. Duše hinduisty (zvaná átman) touží po vysvobození z koloběhu převtělování, ve spásu zvanou mókša. „...na rozdíl od buddhismu dosažení mókši v hinduismu neznamená okamžitou smrt. Člověk, který mókši dosáhl, naopak může dále žít, ovšem jeho život je kvalitativně odlišný. Takový člověk totiž dosáhl naprosté vnitřní svobody, ovládá zcela svou duši i tělo.“⁵ Dle hinduistů nemá koloběh životů počátek ani konec [3, 10].

Pro hinduisty je tedy důležitá karma člověka. Karmu si vytváříme celý život svými skutky. Kladná či záporná karma ovlivňuje následující převtělení. „*Hinduisté nejsou zajedno, jakou formu může budoucí život přijmout.*“⁶ Příčinou znovuzrození je tedy karma. Hinduisté věří, že vše se děje kvůli nějaké příčině, což může být skutek, ale i myšlenka. To znamená, že karma je výsledkem našich minulých zásluh a provinění. Každý čin a vše, co zažijeme a vyvolá emoce, zanechá v naší mysli stopu. Čím silnější emoci vyvolá, tím hlubší stopa je. Karma je to, čím jsme sami sebe učinili, nepřichází zvenčí. Jeden život vytváří podmínky pro další. Karma je tedy: „*souhrn všech dobrých i špatných činů v životě člověka a jejich důsledků, která určuje, v jaké bytosti, lidské či zvířecí, k tomuto znovuzrození dojde.*“⁷ [3, 9, 10]

„Svatými texty“ hinduismu jsou védy (neboli také šruti). Slovo véda znamená „vědění“ a obsahem tvoří rozsáhlou knihovnu [3].

⁴ IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. str.225

⁵ DEMJANČUKOVÁ, Dagmar. *Teorie a dějiny náboženství*. Dobrá Voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2003. str.78-79

⁶ CROSS, Stephen. *Hinduismus*. Praha: Euromedia Group, k.s. 2001. str.103

⁷ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. str.28

Hinduisté uctívají velké množství božstev, z nichž nejdůležitější jsou Brahma (Stvořitel), Višna a Šiva, kteří tvoří tzv. „trojici (trimurti). Každý měsíc roku je zasvěcen určitému božstvu. Bohové a bohyně nejsou vnímáni jako rivalové, jsou to jednotlivé aspekty jediného principu, různé způsoby pochopení a přístupu k jedné realitě. Hinduista má obvykle jedno božstvo, ke kterému soustřeďuje pozornost, nečiní mu ale problém přesouvat pozornost mezi jednotlivými bohy [3].

1.2 **Buddhismus**

Základy buddhismu vytvořil indický princ Siddhárta Gautama, pravděpodobně v 5.-6.stol.př.n.l. Princ Siddhárta poznal tři největší zla, která sužují lidstvo: stárí, utrpení a smrt. Díky meditacím dosáhl probuzení (nebo také osvícení) a stal se buddhou, neboli probuzeným. To znamená, že přestal mít strach ze smrti a utrpení. Věděl, že podobu příštího znovuzrození určují myšlenky a činy z předešlého života, ovlivněné lidskými touhami a vášněmi [5, 6, 9, 10, 12, 13].

Buddhismus má dvě hlavní větve: theravádskou a mahájánskou. Théravádský buddhismus dbá na přísné dodržování Buddhova učení a soustředí se na osvícení lidí. Je to nejstarší forma buddhismu, podle které lze probuzení a osvícení dosáhnout pouze prostřednictvím mnišství. „*Název théraváda znamená vědění starých, čímž je míněno starší či původní učení a praxe.*“⁸ Théravádský buddhismus je rozšířen hlavně na Srí Lance, v Kambodži, Laosu, Vietnamu a Thajsku, kde je státním náboženstvím.“ Mahájánský buddhismus klade důraz na soucit vůči druhým a je otevřenější novým myšlenkám. Mnišský život ztrácí nejdůležitější postavení. Mahájánský buddhismus je rozšířen zejména v Číně [9, 10, 12].

Dalšími dvěma důležitými formami buddhismu jsou tantrický vůz a zenový buddhismus. Tantrický vůz můžeme považovat za pokračování mahájány a je rozšířen hlavně v Tibetu. Zenový buddhismus je typicky japonský [9, 12].

⁸ ŠTAMPACH, Odilo Ivan. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 2008. str.90

„Celek buddhistické komunity bývá označován jako sangha a zahrnuje mnichy i laické stoupence.“⁹

Buddhistické učení je založeno na dvou základních bodech. První říká, že celé zlo a problémy světa jsou způsobeny lidskými potřebami a chtíčem, které člověk nepřekonává, ale uspokojuje. Buddhisté věří, že: *„...lidské bytosti jsou touhou připoutány k cyklu zrození, života a smrti a že se mohou nesčetněkrát narodit na různých úrovních existence.“¹⁰* Druhý bod mluví o cíli každého buddhisty, o nirvāṇě, což je stav, kdy nepocítujeme žádné touhy a potřeby [5, 6, 21].

Buddhismus uznává řadu posvátných textů, které tvoří tři hlavní skupiny: vinaju, sútru a abhidharmu. Tyto skupiny se souhrnně nazývají tripitaka, nebo také Tři koše moudrosti [10, 12].

Traduje se, že samotný Buddha si nepřál, aby jeho slova byla zapisována a z textů následně studována. *„Tvrdil, že každý si musí nalézt svou cestu sám podle vzoru, který mu Buddha poskytl. Nepřál si také, aby byl považován za boha či nadpřirozenou bytost.“¹¹*

Mezi nejvýznamnější buddhistické zvyklosti patří meditace, která má vést ke spojení myšlenek s dobrými silami. Nepředstavuje prosbu jako v jiných náboženstvích. Modlitby v buddhismu spočívají v recitování a opakování manter, neboli svatých průpovědí [5].

Jednou ze základních myšlenek buddhismu je zákon karmy, neboli zákon příčiny a důsledku. Buddhisté věří, že: *„Každý radostný nebo bolestný pocit, který zažíváme, je výsledkem nějakého našeho minulého činu.“¹²* Každý čin má různou váhu, která závisí na samotném činu i na pohnutce, za jaké k němu došlo. Ovšem ani převaha kladných

⁹ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. str.29

¹⁰ IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. str.226

¹¹ DEMJANČUKOVÁ, Dagmar. *Teorie a dějiny náboženství*. Dobrá Voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2003. str.81

¹² LOPEZ, Donald S. Jr. *Příběh buddhismu, průvodce dějinami buddhismu a jeho učení*. Brno: Nakladatelství Barrister & Principal. 2003. str.42

činů není zárukou dobrého příštího zrození. I jeden velmi závažný špatný čin může převážit mnoho mírnějších dobrých činů. Všichni se rodíme do cyklického vesmíru jako důsledky příčin. Bytost, která se znovuzrozením mění své tělo, není v každém svém zrození zcela totožná. „*Nikdo z nás nežije tedy oddělený, individuální život, ale jsme články nekonečného kruhovitého nebo spirálovitého řetězce, který sahá až do minulosti bez počátku a do budoucnosti bez konce.*“¹³ [5, 7]

V buddhismu je hříchem setrvávat v iluzích o existenci, moci, bohatství a požitkářství. Buddhismus učí nezabývat se materiálními aspekty života. Materiální potřeby jsou překážkou duchovního rozvoje [9].

Čtyři základní ušlechtilé pravdy tvoří základ buddhova učení. První pravdou je, že utrpení je přítomno ve všem. To znamená, že vše v tomto světě je utrpení – narození, smrt, vazby mezi lidmi aj. Druhá pravda říká, že příčinou každé strasti je žádostivost či touha. Touha totiž způsobuje koloběh převtělování (samsáru). Dle třetí pravdy lze nirvány dosáhnout jen uhašením touhy a odpoutáním se od lpění na pozemských žádostivostí. Dokud je lidská existence podřízena žádostivosti, je nedokonalá. Čtvrtá pravda pak jako prostředek k dosažení nirvány nabízí ušlechtilou osmidílnou cestu [9, 10, 13].

Osmidílná cesta popisuje konkrétní doporučení, jak dosáhnout přerušení koloběhu znovuzrozdování a dosáhnout tak nirvány. Osmidílná cesta zahrnuje:

- Právý názor.
- Právě rozhodnutí.
- Prává řeč, snažící se vyhnout lži a planému „tlachání.“
- Právě jednání.
- Právě živobytí.
- Právě snažení, směřující k tomu, abychom se zbavovali neblahých psychických stavů.
- Prává bdělost.
- Právě soustředění, jež nás dovede ke zjištění, že nic není trvale či pevně uchopitelné [9, 10, 13].

¹³ SNELLING, John. *Buddhismus*. Praha: Ikar Praha a.s. 2000. str.12-13

Jako shrnutí pravidel a zásad buddhismu můžeme konstatovat pět základních zásad:

- zákaz týrat nebo zabíjet jakoukoli živou bytost
- nebrat si to, co nebylo darováno
- nedopouštět se sexuálních přestupků
- nelhat
- neužívat jakýkoli typ drogy, včetně alkoholu [10, 12].

1.3 **Křesťanství**

Křesťanství se stalo oficiálním náboženstvím přibližně 300 let po Ježíšově ukřižování. Vzešlo z judaismu v 1.století n.l. v Palestině, od kterého se oddělilo v souvislosti vnímání Ježíše Krista jako mesiáše, což židé neuznávají. Je to monoteistické náboženství, hlavními principy podobné judaismu a islámu. V současnosti je to nejpočetnější náboženství světa. „*Odhaduje se, že asi dvě ze šesti miliard v současnosti žijících lidí, tedy asi třetina lidstva, jsou křesťané.*“¹⁴ [10, 12, 13, 21]

Společenství všech křesťanů se souhrnně označuje pojmem církev. Křesťanství má tři hlavní větve – římskokatolickou, protestantskou a pravoslavnou, které se liší v některých bodech víry, tradicích a zvycích. Základní víra je ale stejná [12, 21].

Křesťané věří v jednoho Boha, který má lidskou a božskou podstatu a tři rozdílné, avšak rovnocenné podoby: Otec, Syn a Duch svatý, kteří tvoří tzv. Svatou trojici. Křesťané uznávají Ježíše Krista jako Syna Božího, který obětovat svůj život, aby vykoupil utrpení a bolest lidí. Ježíš zemřel přibitý na kříž, kříž je symbolem Boha jdoucího za člověkem až na dno [9, 10, 12].

Stěžejním textem křesťanství je Bible. Zahrnuje prorocká a historická vyprávění, básně, úvahy, právnické texty, liturgické zpěvy aj. Křesťanská Bible je rozdělena na Starý a Nový zákon. Starý zákon je tvořen hebrejskou biblí, obsahuje příběhy židů

¹⁴ ŠTAMPACH, Odilo Ivan. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 2008. str.106

od stvoření světa až do r. 2000 př.n.l. Nový zákon vypráví o životě Ježíše Krista a jeho učení [9, 13].

Náboženský a mravní život křesťanů se řídí dle Desatera, neboli Božích přikázání. Ta byla předána židovskému lidu prostřednictvím Mojžíše na hoře Sinaj. Křesťané si tato přikázání mírně upravili.

Tato přikázání zní:

- Nebudeš mít jiné bohy mimo mne.
- Nevezmeš jména Božího nadarmo.
- Pomni, abys den sváteční světil.
- Cti svého otce i matku, abys dlouho živ byl a dobře se ti vedlo na zemi.
- Nezabiješ.
- Nezcizoložíš.
- Nepokradeš.
- Nepromluvíš křivého svědectví.
- Nepožádáš manželky bližního svého.
- Nepožádáš statků bližního svého [9].

Porušení těchto zásad je hřích. Hřích je křesťany vnímán jako: „...*lidmi vědomě vnášený zmatek do božího stvoření, jež mělo být dokonalé a harmonické.*“¹⁵ Lidé se v důsledku prvotního hříchu, spáchaného Adamem a Evou v Ráji, rodí do života v hříchu. Tento prvotní hřích lze odčinit pouze svátostí křtu. Katolík se z vykonaných hříchů může vykoupit zpovědí před knězem, který mu poskytne rozhřešení. Evangelická zpověď probíhá kolektivně při bohoslužbě. Rozhřešení v tomto případě neuděluje kněz, ale pouze samotný Bůh dává odpuštění [9].

Křesťané věří, že člověk se svobodně rozhoduje pro dobro, nebo zlo. „*Boží milost umožňuje toto svobodné rozhodnutí, protože schopnost jednat plně v souladu s Bohem byla prvotním hříchem oslabena (a podle některých zcela zničena).*“¹⁶ Člověk je tedy odpovědný za své činy [12].

¹⁵ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. str.44

¹⁶ ŠTAMPACH, Odilo Ivan. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 2008. str.117

V křesťanství vykonává bohoslužby kněžstvo. V katolické církvi je nejvyšší autoritou papež, nazývaný také Svatý otec. Papežovi jsou podřízeni kardinálové, biskupové a kněží či faráři. Pravoslavná církev je řízena patriarchou, voleným biskupy. Pravoslavná církev je velmi ortodoxní. Odmítá výlučnou autoritu papeže, neboť považuje všechny biskupy za sobě rovné. Klade velký důraz na dodržování tradic. „Právě důraz na uchování tradice církevních otců a prvních křesťanských koncilů charakterizuje pravoslavi dodnes.“¹⁷ „Pravoslavná církev se považuje za samospasitelnou. Vychází z předpokladu, že hříšný člověk se může spasit vstupem do církve...Mimo církev není spasení.“¹⁸ Protestantké církve vzešly z reformace v 16.stol. Pro protestanty je důležitější autoritou Bible než zvyky církve. Důraz kladou spíše na osobní víru než příslušnost k církvi. Křesťané věří, že veškeré zlo je způsobeno působením Satana nebo úmyslných či neúmyslných skutků lidí. Křesťané se totiž odklonili od Boha a začali hřešit, Ježíš jim svou smrtí dal naději na spasení. Každý věřící, který se upřímně kaje a lituje svých hříchů se dočká věčného života v Ráji [9, 10, 13].

Křesťané mají velké množství církevních svátků, specifických rituálů a tradic. Mezi základní patří modlitba, která může probíhat individuálně i hromadně. Křesťanská modlitba je vyznáním víry, prosbou, poděkováním či rozjímáním. Katolíci často k modlení využívají růženec, neboli korálky navlečené na šňůrce s křížkem. Katolíci se mohou modlit k samotnému Bohu, Ježíši, Marii a mnoha různým světcům. Katolické modlitby se provádějí ráno, večer a před každým jídlem. Před a na konci modlení se pravou rukou pokřizují, nejdříve se dotknou čela, pak prsou, levého ramene a nakonec pravého ramene. Současně s tímto úkonem odříkávají: „Ve jménu Otce i Syna i Ducha svatého. Amen.“ Pravoslavní křesťané při křížování se používají stejná slova, ale spojují první tři prsty pravé ruky, nejdříve se dotknou čela, prsou, pravého a nakonec levého ramene. Protestanti se při modlitbách obracejí výhradně k Bohu, neuznávají Pannu Marii ani svaté. Nejvyšším cílem pro křesťana je věčný život po boku Boha, k čemuž je má dovést dodržování Božích přikázání, láska k bližním a víra [9, 21].

¹⁷ VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice, Náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. Praha: Portál. 2004. str.28

¹⁸ DEMJANČUKOVÁ, Dagmar. *Teorie a dějiny náboženství*. Dobrá Voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2003. str.111

1.4 Islám

Islám je nejmladší monoteistické náboženství. Vzniklo v 7. století v Saudské Arábii. Zakladatelem byl Muhammad (r.570. - 6.6.632 n.l), kterému se zjevoval anděl Gabriel a vyzýval ho k zapamatování slov Božích. Bůh - Alláh si ho vybral za proroka. Co do počtu je islám druhé nejrozšířenější náboženství světa. Islám je nejen náboženství, ale i právní systém. Je příbuzný s křesťanstvím a judaismem, mají společné některé postavy, například Adama a Evu, Noema, Abraháma či Mojžíše. Hlavní spojitostí je však víra v jediného všemohoucího a milosrdného Boha. Nejvyšším cílem muslimů je poznání Boha [1, 2, 9, 10].

Islám má dva proudy, které se oddělily z důvodu různých názorů na Muhammadovo nástupnictví. Stoupenci těchto dvou proudů se nazývají ší'ité a sunnité [1, 9].

Muslimové Muhammada vnímají jako člověka, čímž se značně odlišují od křesťanů, které kritizují za víru v Ježíše jako Syna Božího. Ježíše neuznávají jako Božího Syna, ale jen jako jednoho z proroků a jako člověka – stejně jako Muhammada. Islám odmítá nespravedlivé potrestání a přenášení viny z jedné osoby na druhou. Proto neuznávají Ježíšovo sebeobětování a vykoupení hříchů lidstva. V Koránu se konkrétně píše: „*Žádná duše hříchy obtížená neponese břímě jiné... (6:164), Žádná duše hříchy obtížená neponese břemeno duše jiné; a bude-li pak obtížená duše prosit, aby jí bylo neseno břímě její, nebude jí z něho nic ubráno, i kdyby to byl příbuzný...*“ (35:18) [2, 8, 12].

Základním textem islámu je Korán, který popisuje Boha, mluví o lidské poslušnosti k Bohu a o úloze Muhammada. Korán uznává ostatní monoteistická náboženství, odkazuje i na Tóru a Evangelia. Muslimský Bůh – Alláh, má 99 jmen, které se odříkávají při bohoslužbách. Mezi ně patří například Vševidoucí (al-Basir), Šířitel (al-Basit) nebo Dobročinný (ar-Rahmán). Ste jméno je nevyslovitelné [1, 4, 9, 10, 12, 13].

Dle Koránu (42,9) je Alláh tvůrce celého vesmíru a „není nic, co podobné Mu bylo“. „Alláh je absolutně spravedlivý. Spravedlnost na světě je však relativní, protože se do ní vměšuje člověk, což s sebou přináší nespravedlnost.“¹⁹ „Lidé mají možnost volby, buď jednat svévolně a riskovat zatracení, nebo se podřídí Božím zákonům. Lidská svoboda je součástí Božího plánu a nevybočuje z širokého pole Alláhovy všemocnosti a vševědoucnosti.“²⁰ Jedinec se tedy může svobodně rozhodovat, a proto nese za své činy odpovědnost. „Člověk není žádným nástrojem bez vůle v rukou svévolného Boha.“²¹ Korán říká, že Alláhova milosrdnost sice prostupuje každou situací a zkušeností, ale že každý jednatel si sám utváří svůj svět. (7:156) [1, 2, 4, 6, 8].

„Výjimečnost člověka ve srovnání s jinými stvořenými tvory a bytostmi (anděly a džiny) spočívá také v tom, že v islámu zastává vyšší postavení, a to i nad anděly a džiny, kteří jsou bytostmi čistě duchovními a jejich říší je hlavně onen svět.“²²

Muslimové věří, že islám existuje od nepaměti jako způsob života, který určil Bůh. Cílem lidstva je poznat Boha. „Kromě Boha figurují v islámu ještě tři druhy nadpřirozených bytostí. Jsou to andělé, džinové a satani.“²³ [10]

U sunnitů se nevyskytuje duchovenstvo podobné křesťanskému. Kolektivní modlení je řízeno imámem, který zajišťuje i páteční veřejné kázání. U ší'itů se obdoba duchovenstva vyskytuje. Na vrcholu stojí ajatolláh, jehož úkolem je vykládat Korán. U muslima nevidíme žádné zobrazení Alláha, muslimy je jakékoliv vyobrazení Boha vnímáno jako svatokrádež. Bůh je přítomen všude, není tedy nutno ho zobrazovat [9].

Základem islámů je pět pilířů víry: vyznání víry v Alláha (šaháda), modlitba pětkrát denně, období půstu a specifika v jídle, dobročinnost a pouť do Mekky [1].

¹⁹ HAERI, Šajch Fadhlalla. *Základy islámu*. Olomouc: Nakladatelství Votobia. 1997. str.41

²⁰ KŘIKAVOVÁ, Adéla. MENDEL, Miloš. MÜLLER, Zdeněk. DUDÁK, Vladislav. *Islám, ideál a skutečnost*. Praha: Nakladatelství Miloš Uhlíř – Baset. 2002. str.9

²¹ KÚNG, Hans. VAN ESS, Josef. *Křesťanství a islám*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, spol.s.r.o. 1998. str. 126

²² KŘIKAVOVÁ, Adéla. MENDEL, Miloš. MÜLLER, Zdeněk. DUDÁK, Vladislav. *Islám, ideál a skutečnost*. Praha: Nakladatelství Miloš Uhlíř – Baset. 2002. str.11

²³ DEMJANČUKOVÁ, Dagmar. *Teorie a dějiny náboženství*. Dobrá Voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2003. str.133

Muslim musí vyznat svou víru přesně určenou větou: „*Není božstva kromě Alláha a Muhammad je posel Alláhův.*“ V arabštině: „*Lá iláha illá'lláh va Muhammadun rasúlu'lláh.*“²⁴(= šaháda) Vyřčením této věty se každý dle práva šaria stává muslimem [1, 4, 10].

Modlitby mají přesně určený čas, slova a pohyby. Muslimskou zvyklostí je modlit se za úsvitu, v poledne, odpoledne, po západu slunce a v noci. Dle práva je zanedbávání víry vnímáno jako odklon od víry. Nemocný je od povinnosti modlitby osvobozen. Modlitba je považována za nejušlechtilejší a nejvyšší akt mravní čistoty. Je vnímána jako projev zbožnosti, ne jako snaha si od Boha něco vyprosit [1, 2, 21].

Muslim se smí modlit pouze po dodržení daných podmínek. Věřící musí být vhodně oblečen, omyt a musí se modlit směrem k Mekce. Pátek je dnem shromáždění, kdy se koná společná polední modlitba s kázáními. Tyto páteční modlitby jsou pro ženy dobrovolné, pro muže povinné. Muži a ženy se vždy modlí odděleně [1, 4, 21].

Modlitbě předchází jednoduchý rituál omytí. Cílem je očistit se od lehkého nebo těžkého znečištění. Lehké znečištění může být způsobeno např. kontaktem s alkoholem, krvácením, hnisem, vykonáním tělesné potřeby, dotykem pohlavních orgánů a procitnutím z mdloby. Od lehkého znečištění je možné se očistit trojitým omytím rukou po zápěstí, výplachem úst a nozder z pravé ruky, poté trojitým opláchnutím obličeje oběma rukama, opětovným umytím rukou až po loket, navlhčenou pravou rukou se přetře hlava včetně vlasů a hřbetem ruky se přetře vous směrem vzhůru. Poté se ukazováčky vyčistí ušní boltce, zatímco hřbet pravice umyje šíji. Nakonec se myjí nohy až po kotníky. Pokud nelze provést omytí vodou, lze použít písek či kámen. V tomto případě se nemocný dotkne zdi a naznačí umytí [1, 2, 4, 9, 21].

Za těžké znečištění je považována menstruace, pohlavní styk, těhotenství či šestinedělí. Po rituálním omytí následují tři typické pozice, doprovázející modlitbu: stoj, úklony a klečení s obličejem k zemi. Úvodní stání symbolizuje údiv k Bohu, poté si člověk uvědomí jeho velikou moc a pocítí až strach, skloní tedy tvář. Konečný poklek

²⁴ KŘÍKAVOVÁ, Adéla. MENDEL, Miloš. MÜLLER, Zdeněk. DUDÁK, Vladislav. *Islám, ideál a skutečnost*. Praha: Nakladatelství Miloš Uhlíř – Baset. 2002. str.71

s obličejem k zemi symbolizuje zmizení z existence. Muslimové se pokud možno modlí společně, což má silnější duchovní účinek a zároveň i účinek společenský. Modlení začíná slovy „Alláh je veliký (Allah akbar) [1, 2, 4, 9, 21].

Muslim si vybírá vhodné modlitební místo, které nebylo znečištěno např. zvířetem, krví či těhotnou ženou. Aby se věřící vyhnuli znesvěcení modlitby nečistým místem, používají modlitební koberečky nebo jakýkoliv předmět, který zamezí přímému kontaktu. Modlitba se provádí bez obuvi. Důležité je vhodné oblečení a modlit se obličejem k Mekce [4, 21].

Půst je považován za nejnáročnější islámský obřad. Období půstu, zvané ramadán, zahrnuje nejen zdržení se jídla, ale i pití, kouření, pohlavního styku, mezilidských neshod a neslušných řečí, a to od úsvitu do západu slunce. Nedoporučuje se také žádné psychické rozrušení, účastnit se pomluv, či se hněvat. Z této povinnosti jsou osvobozeni, nemocní, staří lidé, děti, menstrující, těhotné a ženy v šestinedělí. Každý muslim je totiž povinen chránit své zdraví, takže pokud by mu půst měl uškodit, má ho vynechat. Takovýto půst má význam biologický, ale také duchovní, kdy člověka činí citlivějším vůči sobě samému i okolí [1, 2, 4, 21].

Muslimská dobročinnost je přikázána nejen Koránem, ale i zákonem. Mezi potřebné, kterým jsou tyto almužny určeny, patří i otroci. Muslimové mají od Proroka nařízeno se o vše dělit s ostatními. Jak Prorok řekl: „*Ten, kdo spí ve městě, v němž jsou hladoví lidé, není pravý muslim.*“²⁵ *V islámském právu je almužna chápána jako vrácení části majetku, který Alláh umožnil člověku získat.*“²⁶ Je to projev lásky k Bohu a solidárnosti s chudými. Muslim může poskytnout almužnu komukoliv, bez ohledu na náboženství. Z této povinnosti jsou vyjmuti lidé, jejichž jmění nedosahuje přesně stanoveného minima, lidé jiného náboženského vyznání, tělesně a duševně postižení a děti [1, 4, 9].

Pout' do posvátné Mekky by měl každý zdravý a dospělý muslim vykonat alespoň jednou za život. Tato pout' má očištnou hodnotu, smazává hříchy [9].

²⁵ HAERI, Šajch Fadhlalla. *Základy islámu*. Olomouc: Nakladatelství Votobia. 1997. str.64

²⁶ KŘÍKAVOVÁ, Adéla. MENDEL, Miloš. MÜLLER, Zdeněk. DUDÁK, Vladislav. *Islám, ideál a skutečnost*. Praha: Nakladatelství Miloš Uhlíř – Baset. 2002. str.81

Za šestý pilíř víry lze považovat džihád. To znamená konat maximum pro podporu dobra a odhalování zla. Je to: „...*vůle jedince dosáhnout mravní a náboženské dokonalosti bojem s vlastními nedostatky a úchylkami.*“²⁷ Džihád je dle Koránu snaha o sebezdokonalení [1, 9].

Islám je proti vynucenému konvertování k islámu. Korán jakékoliv donucování v náboženství přímo zakazuje. Muslimové jsou přesvědčeni, že každý muslim, i když hříšný, se po určitém očistci nakonec do Ráje dostane. Je jen jeden hřích, který Alláh neodpouští, a to polyteismus, zpochybnění jednosti Boha [9].

²⁷ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. str.39

2 Paliativní péče

2.1 Definice

Paliativní (nebo také útěšná) medicína je ucelený multidisciplinární obor, zaměřený na péči o nevyléčitelně nemocné pacienty, většinou v terminálním či velmi pokročilém stadiu onemocnění.

Pro její poskytování je nutný multidisciplinární tým, který se věnuje všem potřebám pacienta. Tento multidisciplinární tým je tvořen řadou odborníků, kteří spolupracují. Patří sem lékaři, všeobecné sestry, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, duchovní [16, 19].

Dle oficiální definice WHO je paliativní medicína vnímána takto:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“²⁸

2.2 Principy paliativní péče

Hlavním záměrem a cílem paliativní péče je co nejvyšší možná kvalita života, cílem léčby a péče již není uzdravení, ale co největší zmírnění negativních projevů onemocnění. *„Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“²⁹* [17, 19].

Paliativní péče je zaměřena holisticky, pečuje tedy o pacientovy fyzické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Kurativní péče ustupuje do pozadí a na významu nabývá pomoc psychologická, sociální a spirituální. Při péči je nutné mít neustále na mysli individuální potřeby a přání pacienta. *„Veškerá léčba musí být s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním.“³⁰*

²⁸ Hospice [online]. [cit.2.6.2012]. dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

²⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Nakladatelství Galén. 2007. str.37

³⁰ VORLÍČEK, Jiří. ADAM, Zdeněk. POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kolektiv. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing a.s. 2004. str.27

Každé onemocnění, a obzvláště ta, která ohrožují na životě, ovlivní nejen fyzické, ale i psychologické, sociální a duchovní zdraví nemocného i jeho okolí. „*Rolí paliativní péče je proto posoudit potřeby v každé z těchto oblastí a naplánovat, provést a vyhodnotit vhodné zásahy. Jejím záměrem je zlepšit kvalitu života a umožnit důstojnou smrt.*“³¹ [17, 18, 19]

Důraz je kladen na pacientovu důstojnost. Každý je vnímán jako individualita se specifickými potřebami, od kterých se odvíjí následná péče. Přání pacienta je pro zdravotníky prvořadé a směrodatné. Tato péče ale nezapomíná ani na pomoc jeho rodině a blízkým, kterým poskytuje rady a útěchu v těžké životní situaci. Rodina má možnost trávit u pacienta neomezený čas a je jí umožněno podílet se na péči. Paliativní medicína vnímá umírání jako přirozenou součást života, kterou ale každý jedinec vnímá a prožívá zcela individuálně.

Profesorka Helena Haškovcová ve své knize Thanatologie popisuje cíle, jichž se snaží paliativní péče dosáhnout. Mezi ně patří:

- poskytovat kvalitní symptomatickou léčbu,
- mírnit utrpení,
- léčit somatickou a psychickou bolest,
- poskytovat emotivní, spirituální a sociální pomoc a zázemí,
- poskytnout aktivní individuální program,
- poskytovat pomoc i rodině a blízkým umírajícího [17]

„*Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:*

- *poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,*
- *přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces,*
- *neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,*
- *integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,*
- *nabízí systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,*

³¹ PAYNEOVÁ, Sheila. SEYMOUROVÁ, Jane. INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. str.63-64

- *pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí,*
- *podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,*
- *je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení“³²*

2.3 Formy poskytování paliativní péče

Obecnou paliativní péči by mělo zvládnout poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Jedná se o zhodnocení pacientova stavu, možnostech léčby a hlavně vyhlídek na vyléčení. Poskytuje takovou péči, která umožní pacientovi mít kvalitní život.

Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních zaměřených na paliativní péči. Zahrnuje hospice, domácí hospice, oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře, konziliární týmy paliativní péče, poradny aj.

Hospice jsou specializovaná zdravotně-sociální zařízení, poskytují péči a pomoc umírajícím a jejich blízkým. Denní stacionáře jsou určeny pacientům, kteří potřebují péči po určitou část dne, kdy například rodina chodí do práce. Mobilní hospice poskytují pomoc a materiální zajištění nemocným v domácí péči. Hospice poskytují také respitní (neboli odlehčovací) služby rodinám starajícím se o nemocného člověka. Nemocný je v takovémto případě přijat na různě dlouhou, avšak omezenou dobu, během které rodina nabírá nové síly a odpočívá od náročné péče. Specifickým zařízením jsou dětské hospice.

³² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Nakladatelství Galén. 2007. str.38

2.4 Potřeby umírajících

Jak již bylo řečeno, cílem paliativní péče je uspokojovat pacientovy biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Ty se v průběhu onemocnění mění, takže zdravotníci musí pacientovi pečlivě naslouchat, aby mohli na tyto změny reagovat.

Biologické potřeby

Nejdůležitějšími biologickými potřebami je potřeba odpočinku a spánku, čistoty, příjmu potravy, vylučování. U nemocných s terminální diagnózou vstupuje do popředí potřeba tlumit symptomy onemocnění, což bývá hlavně bolest, nevolnost a zvracení, zácpa, dušnost a kašel, horečka, svědění, zápach z ran a mnoho dalších. Tyto potřeby závisí na pokročilosti a charakteru onemocnění a mohou se rychle měnit.

Psychické potřeby

Uspokojování psychických potřeb nemocného získává v terminálním stavu na podstatné důležitosti. Nemocný potřebuje cítit, že na zvládnutí své situace není sám, potřebuje cítit lásku a pochopení, cítit se bezpečně a příjemně v prostředí, ve kterém nyní tráví veškerý svůj čas. Pacient má také potřebu naděje, ať je již jeho diagnóza jakkoli vážná a jistá. Výrazná je potřeba emoční podpory, smíření s blízkými i sám se sebou a svým osudem, potřeba rozloučit se, ev. potřeba odpuštění, pokud pacienta trápí neurovnané spory.

Sociální potřeby

Stejně jako získávají nyní na důležitosti potřeby psychické, tak i sociální. Nemocní potřebují okolo sebe lidi, se kterými se cítí dobře, kteří je podporují a utěšují. Nemocný, který se cítí sám a opuštěný, umírá velice nešťastně. V kontaktu s nemocným nemusí jít o dlouhé rozhovory, mnohdy stačí jen fyzická přítomnost a kontakt, který dá nemocnému pocit klidu, že není sám, že ho neopouštíme.

Spirituální potřeby

Mnoho lidí, kteří za svého aktivního života neprojevili o náboženství žádný zájem, má náhle ve chvílích očekávané smrti potřebu pohovořit s knězem. Mnohdy jde o strach, co kdyby náhodou Bůh a posmrtný život existoval, mnozí chtějí odpuštění.

Nemusí jít však vysloveně o potřebu kontaktu s duchovním, nemocný si může chtít promluvit o pomíjivosti lidského bytí, strachu ze smrti a svých úvahách o ní [16].

2.5 Thanatologie

Procesem umírání a smrti se zabývá thanatologie. Tu Galvas (1997) charakterizuje takto: „*Thanatologie - tato mezioborová výzkumná disciplína se zabývá procesy umírání a smrti. Z lékařského, psychologického, filosofického, teologického i právního hlediska jsou projednávány otázky jako klinická smrt, oživování, pomoc při umírání, stanovení a vysvětlení smrti, zážitky při umírání, víra v posmrtný život atd.*“ Thanatologie je tedy multidisciplinární obor.

3 Vnímání umírání a smrti v jednotlivých náboženstvích, specifika péče

3.1 Hinduismus

3.1.1 Vnímání života a smrti

Vzhledem k rozmanitosti hinduistických filosofí se můžeme setkat s odlišnými názory na posmrtný život. Pro většinu je však společné přesvědčení o karmě a reinkarnaci [26].

Život je dle hinduismu prostoupen utrpením a nová zrození jsou dalším a dalším utrpením. Fyzické tělo je pouze nepodstatnou schránkou duše, která existuje dál. Dle upanišad je ve světě stálý a neměnný „Nejvyšší duch,“ přítomný ve všem. Je přítomen v každém živém tvorů a člověku, po smrti nezaniká, ale přechází do jiného živého tvora jako přímé pokračování předešlé existence [12, 26].

Smrt je v Indii přirovnávána ke spánku. Stejně tak, jako večer usínáme a ráno se budíme jako stejná osoba, tak se duše po smrti nemění, pouze vstupuje do jiného fyzického těla [26].

Cílem každého hinduisty je dosáhnoutí mókši, což je stav osvobození z koloběhu znovuzrození. Mókši lze dosáhnout prostřednictvím touhy po osvobození, zrození v lidské podobě a duchovní pokročilosti. „*Na cestě poznání člověk dochází k poznání, že naše existence v tomto světě není naším pravým bytím.*“³³ Hinduisté věří, že jsme do života vstoupili proto, že jsme si to přáli. Touha po zkušenostech a jiných slastech nás stáhne zpět do jiné podoby bytí [3, 12].

Hinduisté věří, že vysvobození z koloběhu převtělování lze dosáhnout čtyřmi způsoby. Jedním způsobem je obětovat svůj majetek, dalšími možnostmi jsou správné chování a poznání své bytostní jednoty. Čtvrtou variantou je zemřít ve městě Varanasi, které je pro hinduisty posvátné. Zde neustále hoří předem připravené pohřební ohně pro ty, kteří sem přicházejí zemřít, čímž mají zaručené vysvobození (mókšu) [30].

³³ ŠTAMPACH, Odilo Ivan. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 2008. str.84

Po smrti přichází duše před boha, který dle zlých a dobrých skutků zemřelého rozhodne o podobě příštího znovuzrození. Před samotným znovuzrozením ale zemřelý může strávit různě dlouhou dobu v ráji či pekle. Peklo je védami popisováno jako temná, hluboká, bezdná díra. Dle véd je peklo pouze jedno, zatímco mladší texty hovoří o více druzích. Pekla jsou rozličná dle provinění, kterých jsme se za života dopustili. Pobyt v pekle či nebi je chápán jako odměna nebo trest za skutky za života. Vzhledem k tomu, že pravděpodobně každý se za svého života dopustil něčeho špatného, stráví duše zemřelého určitý čas v ráji i pekle [3, 26].

3.1.2 Specifika péče, rituály

Hinduisté bývají mnohdy vegetariány, nebo se vyhýbají přinejmenším hovězímu masu. Umírající hinduista je obklopen náboženskými předměty a příbuzní provádí rituály, které mají umírajícího povzbudit a dodat odvalu. Před smrtí by měla být umírajícímu vlita do úst voda z posvátné řeky Gangy. Ganga zprostředkovává spojení s bohy, je považována za posvátnou, s mocí smývat hříchy. Rodina recituje mantry a zpívá nábožné písně. Hinduista by měl umírat za meditování a s dobrými myšlenkami. Vzápětí po úmrtí začínají přípravy na kremaci. Zemřelý je rituálně omyt studenou vodou, upraven, často se i lakují nehty. Zemřelý i pozůstalí nesmí nosit sešíváné oděvy. Zemřelý je oklopen květinami, rýží, obilím, mincemi a bankovkami a do úst mu je nalito mléko. Jeden člen rodiny by se měl nepřetržitě dotýkat mrtvého těla k zabránění přístupu zlých duchů. [26, 29].

3.1.3 Pohřeb

Nejčastějším způsobem pohřbu je kremace. Pouze děti mladší tří let se pohřbívají do země. U nižších společenských vrstev se pohřeb do země praktikuje běžněji. Kremace znázorňuje pomíjivost tělesného života. Probíhá veřejně na hranici, kterou má zapálit nejstarší syn zemřelého. Ten má na pohřbu největší úlohu. Pro zemřelého je štěstím, když se jeho popel rozptýlí do posvátné řeky Gangy, a tak se znovu vrátí do koloběhu života, očistí se a jeho duch se uvolní. Samotná kremace by měla probíhat přímo na břehu řeky a co nejdříve od úmrtí. Na březích Gangy jsou kamenné terasovité schody, sloužící k pohřbům. Na pevnině se zbytky po spálení zahrabou.

K pohřební hranici je zemřelý odnášen na nosítkách v průvodu, který zpívá mantry. Přítomní jsou bosí a cestou několikrát obětují rýži, aby si naklonili zlé duchy. Zemřelý je zahalen do nové látky a položen na hranici hlavou k severu, symbolicky očištěn politím vodou z Gangy a zahalen do nové látky. Hranice je ozdobena květinami. Nejbližší příbuzný, nejstarší syn, nejmladší bratr nebo manžel, vloží do očí, nozder, uší a úst rozpuštěné máslo, na tělo položí usušený kravský trus s neloupanou rýží. Pozůstalí poté uchopí do ruky svazek hořících proutků a sedmkrát obejdou hranici.

Nejstarší syn se hořící pochodní třikrát dotkne úst zemřelého, čímž je očištěn. Přibližně uprostřed procesu kremace má nejstarší syn rozbít lebku zemřelého na důkaz odchodu duše z těla. Pozůstalí si rituálně oblékají bílé oblečení, bílá barva je symbolem smutku. Přítomné ženy si rozpouštějí vlasy a namáčejí si je v řece, ve které bude jejich příbuzný pochován. Pohřeb je pozůstalými prožíván velmi intenzivně, ženy hlasitě nařikají a muži se slzám také nebrání. Hinduisté věří, že pohyby mrtvého těla, způsobené žarem ohně, způsobují zlí duchové. Nejstarší syn proto u pohřební hranice hlídá a pokud se tělo začne hýbat, dřevěnou tyčí tyto zlé duchy vyhání. Ke konci kremace pozůstalí vhazují do ohně několik kusů dřeva.

Zbytky po kremaci odnáší obvykle nejstarší syn v hliněné nádobě ke Ganze, do které je vloží a pozůstalí v ní provedou rituální koupel. Veškeré věci, použité při kremaci, jsou zničeny.

Po pohřbu rodina drží období smutku. V následujících deseti dnech probíhá řada pokremačních obřadů. Probíhají posmrtné obětiny zlým duchům, aby nevstoupily do těla zemřelému a aby měl zemřelý co jíst. Obětují se kuličky z rýže a banánů. V období smutku jsou pozůstalí považováni za nečisté. Dodržují pravidla týkající se omezení jídla, oblékání, zákazu svateb aj. Období smutku je zakončeno obřadem s hostinou.

Řeka Ganga má v pohřebním rituálu nesmírný význam. Pokud není zemřelý spálen na jejím břehu a následně v ní rozptýlen, nemá naději na spasení ať byl jeho život bohabojný či ne. Gangy však může v případě nutnosti reprezentovat i blízkost jiné vody.

Kremace se dle tradice nekoná po západu slunce. Pokud dojde k úmrtí po západu slunce, tak se u zesnulého zapalují svíce a vonné tyčinky a pozůstalí u těla bdí a odříkávají modlitby [21, 26].

3.1.4 Doporučení pro praxi

Umírající hinduista se bude snažit na smrt připravit pomocí recitace manter, náboženského zpěvu apod. Pokud toho pacient není sám schopen, zajišťuje tyto přípravy na smrt rodina. Cílem je soustředit svou mysl k bohu, osobní pohodlí pro ně bývá méně důležité. Úkolem zdravotníků by tedy mělo být zajistit klid a přítomnost rodiny. Pozůstalí budou chtít zemřelého co nejdříve zpopelnit a jeho popel rozptýlit do vody, aby duše došla spásy.

3.2 Buddhismus

3.2.1 Vnímání života a smrti

Buddhismus vnímá život a smrt jako věčný koloběh znovuzrození a převtělování. Tento koloběh převtělování se nazývá sansára. Smrt je vnímána jako rozpad souboru lpění na tělesnosti, cítění, vjemech, psychické síle a vědomí. Ty dál existují samostatně a při příštím znovuzrození mění své uspořádání. Cílem buddhistů je úplné vyhasnutí těchto agregátů bytosti. „*Buddhismus popírá existenci duše, neboť jedince pojímá jako souhrn pěti složek, agregátů, procházejících neustálou proměnou.*“³⁴ Znovuzrození je důsledkem nedokonalého života. Pokud jedinec zlepší svou karmu, může být jeho příští reinkarnace příznivější. Ale pouze dokonalá existence umožňuje vysvobodit se z koloběhu znovuzrozdování a dosáhnout tak nirvány („vyvanutí, vyhasnutí“) [9, 30].

Pro buddhisty je život posvátný v jakékoliv podobě, díky tomu jsou často vegetariány, neboť i život zvířete je pro ně důležitý a také proto, že sami se mohou převtělit ve zvíře. Člověk se může převtělit v člověka, zvíře či rostlinu, ale také v boha, neboť i ti jsou smrtelní a převtělují se. „*Říše bohů, polobohů a lidí se v koloběhu*

³⁴ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros, 2006. str.39

znovuzrokování považují za šťastná místa k narození. Ostatní tři říše, říše zvířat, duchů a pekelných bytostí, se pokládají za místa nešťastná, plná utrpení nejružnějšího stupně a nejružnějších podob. “³⁵ [5]

„Dle buddhistické teorie o fyziologii probíhá umírání prostřednictvím tisíců kanálků v těle. Jimi prochází jemná energie, která je nositelkou vědomí. Nejdůležitější a ústřední kanál vede od pohlavních orgánů na temeno hlavy, poté se stáčí dolů a končí mezi očima. Souběžně s tímto hlavním kanálem vede pravý a levý kanál, které na sedmi místech obtáčí kanál hlavní a brání tak jemným energiím v pohybu ústředním kanálem. Okolo těchto překážek jsou sítě menších kanálků, rozbíhající se paprskovitě do těla. Tato místa jsou nazývána sedm kol, nejdůležitější z nich se nachází u srdce.“

„Umírání probíhá v několika stadiích. Smyslové vědomí přestává pracovat, energie z horní poloviny těla se stahuje do temena hlavy na vrchol ústředního kanálu, kterým projde do srdečního kola. Umírající nyní vidí zářivé bílé světlo. Poté se k srdečnímu kolu stahuje i energie dolní poloviny těla a umírající vidí jasně rudou barvu. Energie jsou nyní shromážděny u srdečního kola a umírající vidí jen zářivou temnotu. V posledním stadiu probíhá rozbřesk mysli a to je smrt. Dokud člověk nedokáže rozlišit tato jednotlivá stadia umírání, nemůže uniknout dalšímu převtělení. Jeho mysl unikne z těla a hledá další místo ke znovuzrození.“³⁶

Smrt je vnímána jako stav pozhnaného odpočinku. Je to složitý proces, ve kterém všechny lidské smysly opouští vědomí, které se stahuje do srdce. Postupně ochabují prvky hmotného lidského těla: země, voda, oheň a vítr, které již nejsou schopny tvořit základ vědomí. Nejdříve oslabuje prvek země, což u umírajícího znemožňuje vnímat tvary. Poté oslabuje prvek vody a umírající přestává slyšet zvuky a vidí jen hustý kouř. Následně se rozplývá prvek ohně, čímž umírající ztrácí čich a vidí jiskry rudého světla. Nakonec se rozplývá vítr. Umírající nevnímá chuť, nedokáže se pohnout a nemá žádné pocity. Toto je okamžik, kdy umírající přestává dýchat, ale ještě není mrtvý. Jeho mysl vnímá plamínek [5].

³⁵ LOPEZ, Donald S. Jr. *Příběh buddhismu, průvodce dějinami buddhismu a jeho učením*. Brno: Nakladatelství Barrister & Principal. 2003. str.25

³⁶ LOPEZ, Donald S. Jr. *Příběh buddhismu, průvodce dějinami buddhismu a jeho učením*. Brno: Nakladatelství Barrister & Principal. 2003. str.7-8

Je důležité, aby buddhista umíral za meditování a s klidnými myšlenkami, čímž si vylepší karmu a ovlivní tak příští podobu převtělení. Poslední myšlenky mají totiž velmi silný vliv na karmu člověka, dokáží ji vylepšit, ale i zhoršit. Pro buddhistu je tedy velmi špatné, pokud zemře náhlou smrtí, neboť si nemohl vylepšit svou karmu [6, 7].

Karma hromaděná lidskými skutky a myšlením za života se projeví až v dalším převtělení. Je nezávislá na bozích, je to pouhý následek předešlého života. Buddhisté se snaží během života získat co největší množství zásluh, neboli dobrých činů, kterými by si zajistili příznivé příští zrození. Zásluhy se snaží získat i pozůstalí pro zemřelého, například pomocí darů mnichům.

Buddhismus rozlišuje mnoho pekel. Osm horkých, osm studených, čtyři sousedící pekla a další méně významná pekla. Osm horkých pekel jsou země z hořícího železa, umístěné jedna na druhé hluboko pod zemským povrchem. V prvním a nejmírnějším z nich, Pekle oživování, se bytosti zrodí se zbraněmi uprostřed zápasu na život a na smrt. Když je bytost zabita, opět ožívá a zápas začíná nanovo. Pekla jsou různá dle tíže prohřešků. V pekle určeném nevěrným manželům jsou muži pod stromem, ze kterého je svádí nádherná žena. Když na strom vyšplhají, zjistí, že žena je pod stromem. V okamžiku, kdy slezou dolů, je žena opět na stromě a vábí je. Studená pekla jsou holé pustiny pokryté sněhem a ledem uvržené do naprosté tmy. Jejich názvy jsou např. Praskající puchýře či Sténání. Po propuštění ze studených a horkých pekel bytosti procházejí vedlejšími pekly, mezi která patří Hořící řeka, Žhavý popel aj.[6, 7].

Japonští buddhisté rozlišují zemřelé na nedávno a dávno zemřelé. Nedávno zemřelí jsou ti, kteří zemřeli v uplynulých třiceti letech a pozůstalí na ně stále vzpomínají. Další skupinu, zvanou mrtví bez příbuzných, jsou zemřelí bez rodiny, za které nikdo nevykoná pohřební rituály.

3.2.2 Specifika péče, rituály

Buddhisté se celkově v lékařské péči snaží vyhýbat zbytečné léčbě a léčebným extrémům. Z úcty k živým tvorům a vzhledem k možnosti budoucí reinkarnace ve zvířecí podobě se nedoporučuje konzumovat maso [9].

Buddhismus zahrnuje řadu rituálů, které započínají již před smrtí nemocného. Jejich cílem je usnadnění odloučení duše od těla. Tyto rituály se týkají i polohy umírajícího, který má být uložen do polohy zvané „spící lev“, což má být poloha, ve které zemřel Buddha. Umírající leží na pravém boku, levá ruka je položena na levém stehně, pravá ruka pod bradou a uzavírá pravou nosní díрку, nohy jsou nataženy a velmi lehce pokrčeny [9].

Do pokoje umírajícího se přistaví různé náboženské předměty a zapalují se vonné směsi, které odhání zlo. Rodina a mnich zpívají mantry. Nikdo nepláče ani nenaříká, neboť to znesnadňuje uvolnění duše z těla zemřelého. Klasický buddhistický příběh vypráví o matce zemřelého syna, jež byla optána, proč nepláče. Odpověděla: „*Jako dítě, jež běduje pro měsíc, jenž zmizí z nebe, počíná si každý člověk, který pláče pro mrtvého. Kdo v posledním ohni hoří, neslyší nářek blízkých, proto nad ním nenaříkám, odešel jen svojí cestou.*“³⁷ [5, 9]

V okamžiku smrti mnich svlaží zemřelému rty. Poté předčítá devětačtyřicet dnů žalmy z Knihy mrtvých, nejdříve nad zemřelým a poté nad jeho podobiznou. Tato doba se považuje za nezbytnou ke znovuzrození bytosti v jiné podobě. Tři dny tělo zůstává doma a nikdo se ho nedotýká. Poté je omyto a oblečeno. Četba z Knihy mrtvých je připomenutím buddhů, kteří se zemřelému nyní zjevují a pomáhají mu k úspěšnému znovuzrození či osvobození z koloběhu převtělování [9].

3.2.3 Pohřeb

Buddhismus má mnoho pohřebních zvyklostí. Pohřeb může probíhat několika způsoby, do větru, vody, země či ohně. Pohřeb do větru znamená, že tělo je rozčtvrceno a ponecháno jako oběť divoké zvěři. Pohřeb do vody je podobný, tělo je rozčtvrceno

³⁷ LOPEZ, Donald S. Jr. *Příběh buddhismu, průvodce dějinami buddhismu a jeho učením*. Brno: Nakladatelství Barrister & Principal. 2003. str.173

a spuštěno do vody. Může být i vcelku, pouze zahaleno v látce. Velmi často se k tomuto způsobu pohřbu využívá řeka Ganga. Pohřeb do země je prováděn bez rakve a pouze u vysoce postavených a významných lidí, či duchovních. Nejčastějším způsobem pohřbu je všeobecně pohřeb do ohně, kremace, neboť i samotný buddha byl takto pohřben [9, 26].

3.2.4 Doporučení pro praxi

Buddhismus má řadu směrů, které se ve svých tradicích liší. Zdravotníci by se tedy neměli obávat zeptat se na konkrétní pacientovy zvyklosti a požadavky. Buddhisté často vstávají brzy ráno a modlí se. Měl by jim být zajištěn klid pro modlitbu a umožněna přítomnost náboženských předmětů. V době buddhistických svátků mohou odmítat léčebné výkony a vyšetření. Tyto dny jsou 1. leden, 15. únor, 21. březen, 8. duben, 21. květen, 15. červenec, 1. a 23. září, 8. a 31. prosinec. Buddhisté jsou často vegetariány, je potřeba zajistit odpovídající stravu. V okamžiku umírání buddhista může vyžadovat klid k meditacím a přítomnost rodiny či mnicha, kteří provedou náležité rituály. Po úmrtí je třeba umožnit třídní odklad posmrtné péče o tělo či umožnit převoz do domácího prostředí. Buddhisté u mrtvého těla neprojevují smutek a emoce, aby nebránili duši zemřelého v odchodu. Zdravotníky by to nemělo překvapovat [28].

3.3 Křesťanství

3.3.1 Vnímání života a smrti

Křesťané se smrti nebojí, neboť důvěřují Bohu a ve smrti vidí způsob, jak se mu přiblížit. Smrt není vnímána jako konec lidské existence, duše žije dál osvobozená od fyzického hříšného těla. „*Duše, vyznačující se duchovní podstatou a nesmrtelností, je protikladem těla, projevujícího se hmotnou podstatou a smrtelností. Když nastane smrt, přežívá duše nezávisle na těle, od něhož s oddělí a s nímž se opět spojí v okamžiku konečného vzkříšení.*“³⁸ Duše je vnímána jako dech života, darovaný Bohem [9, 12].

Křesťané se snaží svůj život prožít co nejvíce v souladu s Božími přikázáními. Podle svých skutků za života je po smrti čeká buď věčný ráj a nebo zatracení. Ovšem

³⁸ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros, 2006. str.39

ani velký hříšník nemusí být zatracen, pokud bude upřímně litovat svých hříchů, Bůh mu odpustí. Ráj je místo, kam přicházejí křesťané, kteří na zemi vedli příkladný život dle Boha. Pro hříšníky je určeno peklo, místo, kam přijdou ti, kteří odmítli věřit v Boha a řídit se jeho příkázáními. Jedinci v pekle jsou mučeni věčným ohněm, který je ale nezničí. Pro protestanty má peklo pouze symbolický význam. Před samotným peklem či rájem je dle katolíků a pravoslavných očistec, neboli přechodné místo, kde má zemřelý šanci odčinit své hříchy [9].

Pro protestanty spása nezávisí na činech během života, Bůh ji uděluje dle své vůle. Představa Bohem darované spásy má vést ke správnému křesťanskému životu, který ale není podmíněn nátlakem nutnosti dosáhnout vlastní spásy [9].

3.3.2 Specifika péče, rituály

Pro křesťany je důležité se před smrtí vyzpovídat, častá je tedy přítomnost kněze, který dá umírajícímu požehnání na cestu do posmrtného života. Křesťanský život obnáší sedm svátostí, neboli oficiálních rituálů či obřadů. V souvislosti s umíráním a smrtí se provádí svátost nemocných, svátost smíření (zpověď) a svátost oltářní (mše svatá, eucharistie).

Svátost (pomazání) nemocných slouží k podpoře a posílení vážně nemocných věřících. Uděluje ji kněz nebo biskup, nejprve pokládá ruce na hlavu nemocného, poté ho pomazá olejem na hlavě a rukou a říká: „*Skrze toto posvátné pomazání ať ti Pán pro své milosrdenství pomůže milostí ducha svatého. Amen. Ať tě vysvobodí z hříchů, ať tě zachrání a posilní. Amen.*“³⁹ Této svátosti obvykle předchází zpověď a uzavírá mše svatá. Svátost nemocných lze udělit i několikrát za život. Nesmí se ale zaměňovat za „poslední pomazání“, svátost nemocných není příprava na smrt, ale podpora v nemoci. Evangelická církev tuto svátost nepraktikuje [21].

Při svátosti smíření (pokání) člověk zpytuje své svědomí, lituje svých hříchů, vyzpovídá se, vykoná dobrý čin a poté je mu odpuštěno, dostává rozhřešení [21].

³⁹ IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing a.s. 2005. str.212

Eucharistie, neboli svaté přijímání, je připomínkou večeře Páně a Ježíšova sebeobětování formou podávání chleba a vína. Chléb a víno jsou posvěceny knězem. Chléb se rozděluje v podobě hostií (kolečka z nekvašeného těsta), víno se nalévá do kalichu, v němž smočí rty jen kněz. Před eucharistií se udržuje hodinový půst, který ale nezahrnuje vodu a léky. Nemocní dodržují půst čtvrt hodiny. Pokud nemocný nemůže přijmout hostii, lze mu místo ní podat svaté přijímání pod způsobou vína. Protestanti ovšem neuznávají přepodstatnění (změna podstaty chleba a vína v tělo a krev Krista). Tvrdí, že: „...*chléb a víno si zachovávají svou vlastní podstatu a že Kristova přítomnost ve chvíli přijímání je duchovní povahy.*“⁴⁰ Katolíci a protestanti vykonávají obdobné rituály [9, 21].

Zemřelý křesťan bývá uložen do rakve, zdobené křížem. Leží na zádech, s rukama spojenýma na prsou. V dnešní době se již nepoužívá pohřební rubáš. U katolíků je od r.1963 možno pohřbívat kremací, protestanti takto mohou pohřbívat od r.1898. Pokud je pohřeb klasicky rakvový, pozůstalí většinou házejí při spouštění rakve do hroby hrst hlíny, symbolizující lidskou smrtelnost. V případě kremace se urna s popelem umístí např.do kolumbária či může být popel rozptýlen [9].

Pravoslavní věřící uloží zemřelého do rakve v jeho domě, na stůl zakrytý černým plátnem je umístěn pohár s oplatkami potřenými medem. Mrtvému kněz položí na čelo roušku s napsanou modlitbou. V kostele je rakev pokryta fialovým přehozem s vyobrazeným pravoslavným křížem a zúčastnění zapalují svíce. Na hřbitově každý účastník vhodí hrst hlíny na rakev a udělá znamení kříže. Poté přistoupí k popovi, políbí kříž a kondoluje rodině [9].

Pro křesťany neplatí žádné zákazy týkající se konkrétních potravin. Dodržují ale povinný půst před udílením svátosti eucharistie nebo v době Velikonoc. Dnešní praktikující křesťané tedy na Popeleční středu a Velký pátek jedí skromné a bezmasé jídlo. Pravoslavní dodržují půst sedm týdnů před Velikonocemi. V tomto období se modlí, rozjímají, jsou zakázány světské radosti. Nejí maso, ryby, vejce a mléčné výrobky a jedí pouze dvakrát denně. V den úmrtí Ježíše Krista nejí vůbec. Tato pravidla

⁴⁰ BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. str.42

se ale netýkají nemocných a starých lidí, těhotných žen a dětí. Pravoslavní netvoří zcela homogenní skupinu a jejich individuální zvyky se mohou lišit. Je vhodné se vyptat na konkrétní požadavky a zvyky. Protestanti půst nedodržují [9, 21].

3.3.3 Pohřeb

Křesťané preferují klasický pohřeb v rakvi. Kremace je často vnímána jako popření duše zemřelého. Dnes je ale pravidelně prováděna a i církví oficiálně povolena. Tradiční křesťanský pohřeb začíná obřadním rozloučením se zemřelým v kostele, pokračuje průvodem na hřbitov a následným uložením ostatků do vysvěceného hrobu. Před uložením do hrobu se může konat i mše, ale častěji se koná zádušní mše po pohřbu. „*Hroby bývají označeny prázdnými kříži, ne krucifixy, což symbolizuje vzkříšení: duše zemřelého už tu není.*“⁴¹ Při pohřebním obřadu kněz promlouvá o životě zemřelého a požehná rakvi. Pozůstalí po úmrtí truchlí a drží smutek, ale zároveň mají útěchu ve vědomí, že se se zemřelým opět setkají v posmrtném životě. Pro křesťany je optimální vykonat pohřeb třetí den po úmrtí, jako ztotožnění s Kristem, který byl třetího dne vzkříšen [11].

3.3.4 Doporučení pro praxi

Praktikující křesťan se bude chtít před smrtí vyzpovídat ze svých hříchů, zdravotníci by měli kontaktovat kněze, který bývá pravidelně přítomen ve zdravotnických zařízeních. Pacient může chtít i konkrétního kněze, ke kterému chodil.

3.4 Islám

3.4.1 Vnímání života a smrti

V islámu smrt není vnímána jako důsledek hříchu. Bývá přirovnávána ke spánku, který je v arabštině nazýván „malý bratr smrti.“ Muslimové smrt přijímají jako nevyhnutelný konec jim vyměřeného času na světě. Smrt je chápána jako prostředek cesty do ráje [26].

⁴¹ FRANKIELOVÁ, Sandra Sizer. *Křesťanství, cesta spásy*. Praha: Prostor, nakladatelství Aleše Lederera a Michala Štěpánka. 1996. str.120

Dle proroka Muhammada vzniká lidský život splynutím vědomí a fyzické hmoty. Vědomí vzniká z Božího příkazu mimo čas a prostor a jeho spojením s fyzickou hmotou vzniká individuální osobnost. Je to součást cesty člověka od Stvořitele přes stvoření a zpět ke Stvořiteli. Po smrti žije duše dál, v jiné fázi existence. Tento posmrtný život je Koránem upřednostňován před životem současným. „*Duše je muslimy vnímána jako životní princip, dech života, božský duch, který neumírá a v okamžiku smrti opouští tělo.*“⁴² [9]

Anděl smrti odnáší duši zemřelého do nebe, kde probíhá tzv. mezisoud a zemřelý se dozvídá, zda byl spravedlivý. Musí podrobit čtyřem otázkám: „Kdo je tvůj Bůh? Kdo je tvůj prorok? Jaké je tvé náboženství? Kam směřuje tvá modlitba?“ Na otázku kdo je tvůj bůh, by měl muslim odpovědět šahádou, která zní: „*Není božstva kromě Alláha a Muhammad je posel Alláhův.*“⁴³ Odpovědí na otázku, kam směřuje tvá modlitba, má být „k Mekce,“ na otázku, jaké je tvé náboženství „islám.“ Tyto odpovědi přináší nebeskou útěchu. Toho, kdo neuspěje, čekají pekelná muka. Po krátkém pobytu v ráji nebo pekle duše upadá do spánku a probudí ji až Alláh, svolávající k poslednímu soudu [4, 10, 26].

Ovšem ani muslima, který dostal trest, nemusí čekat věčná muka v pekle. Po období očistce se může i on dostat do ráje. Problémem pro muslima je, že nemá jistotu. Alláhovo rozhodnutí, nad kým se slituje a koho zavrhne, zůstává až do okamžiku soudu nejisté. Pokud ovšem hříšník prokáže dostatečnou a upřímnou lítost, Bůh mu odpustí [9, 30].

Peklo i ráj jsou Koránem popisovány barvitě a do detailů: „*...A věru jsme připravili pro nespravedlivé oheň, jež hustým dýmem je obklopí. A poprosí-li o pomoc, bude jim pomoheno vodou podobnou kovu roztavenému, jež spálí tváře jejich. A jak odporný to nápoj a jak hnusné to místo pobytu!*“ (18:29) [8]

⁴² BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. str.39

⁴³ KŘÍKAVOVÁ, Adéla. MENDEL, Miloš. MÜLLER, Zdeněk. DUDÁK, Vladislav. *Islám, ideál a skutečnost*. Praha: Nakladatelství Miloš Uhlíř – Baset. 2002. str.71

Muslimové se do ráje dostanou po posledním soudu. Ráj je muslimy vnímán jako místo plné luxusu a slasti: „*Jim budou patřit zahrady Edenu, pod nimiž řeky tekou; tam budou se náramky zlatými zdobit, do šatů zelených z hedvábí a brokátu se odívat a v nich na lehátkách odpočívat. Jak krásná to odměna a jak výtečné to místo pobytu!*“ (18:31) Dle řady muslimských vykladačů Koránu jde však jen o symbolická znázornění [4, 8, 9].

3.4.2 Specifika péče, rituály

Muslimové neradi poskytují informace o své rodině, rodinném stavu, počtu dětí a co může být pro zdravotníka problémem, hlavně o fyziologických funkcích (stolice, krvácení...) [21].

Muslimové nemají ve zvyku podávat si ruce. Obvykle se lehce uklání či pokládají ruku na srdce. Někteří neortodoxní a našich zvyklostí znalí muslimové ruku podávají. Pokud muslim nechce podat ruku, většinou ji má za zády [21].

Pravděpodobně nejvíce známé pravidlo, týkající se zdravotnické péče o muslimského pacienta je, že ho může ošetřovat pouze zdravotník stejného pohlaví. To platí obzvláště pro ženy, je nepřípustné, aby ženu vyšetřoval lékař - muž. Pokud to není možné zařídit, musí být vyšetření přítomen příbuzný pacientky, nejlépe manžel nebo otec. Většina muslimů ale vyšetření odmítne. Toto pravidlo je u muslimů velice silně zakořeněno. „*Intenzivní vizuální kontakt muslimského pacienta nebo pacientky s osobou opačného pohlaví je v islámské kultuře tabu, protože je chápán jako jednoznačná známka přiblížení se druhému*“⁴⁴ [21].

Tato pravidla ale dávají i ženám možnost rozhodování, například muži mohou nemocnou či umírající ženu navštívit pouze, pokud si to sama přeje. Dalším typickým pravidlem je, že islám muslimovi přikazuje navštěvovat své nemocné příbuzné a stejně důležitá je i péče o své starší příbuzné. Úcta ke starším, láska, péče a spolupráce jsou pro muslimskou rodinu normální. Pokud někdo umírá, příbuzní u něj tráví čas až do konce. Za umírajícího se modlí, podporují ho a utěšují. V nemocniční praxi to

⁴⁴ IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing a.s. 2005. str.223

může znamenat i neustálou přítomnost velkého počtu lidí u nemocného, kteří mu budou i sami vařit [1, 21].

Muslimové mají Koránem přikázáno dělat vše pro podporu svého zdraví, velký důraz kladou na prevenci. Ta je chápána hlavně jako dodržování hygienických a stravovacích pravidel, mezi které patří omývání, péče o dutinu ústní a střídmost ve stravě. Zuby si muslimové čistí vícekrát denně, někteří i před každou modlitbou. Často k čištění používají kořen rostliny miswak. Muži si mají odstraňovat ochlupení v podpaží a na genitálu [21].

Islám věřícím zakazuje požívání vepřového masa a alkoholu. Dále se nedoporučuje požívání koňského masa, masa pošlých zvířat a řady vnitřních orgánů. Doporučená není konzumace syrového nebo polosyrového masa. Zakázané potraviny se nazývají harám. Příprava masa má přísně daná pravidla, která se týkají i usmrcování zvířete. Zvířata musí být obětována ve jménu Alláha a usmrcena tak, aby byla zbavena veškeré krve. Takto připravené a tedy i povolené jídlo se nazývá halál. Lov zvířat je povolen pouze jako nutnost, ne zábava. Lovit je povolena nebezpečná zvířata a ta, která ničí úrodu, tzn. divočáky či zajíce. Pravidly se řídí i stolování. Před i po jídlem se pronáší krátká modlitba. Muslimové chléb nekrájí, ale lámou. Korán však říká, že neúmyslné porušení pravidel není hřích [4, 9, 10, 21].

Nepostradatelnými náboženskými předměty jsou pro muslima Korán a modlicí kobereček. Mnozí používají ještě amulety, stříbrný či zlatý řetízek či černou stuhu s citáty z Koránu. Těchto předmětů by se nikdo jiný neměl dotýkat a nic by na ně nemělo být pokládáno. Pacient by měl být tváří obrácen směrem k Mekce, k místu, kam směřují jeho modlitby [21].

Po úmrtí pozůstali recitují Korán, omyjí a zahalí tělo do bílého plátna, zvané ihrám. Ruce se zemřelému pokládají podél těla, s dlaněmi vzhůru. Pozůstali bdí u zemřelého přes noc. Poté je zemřelý odnesen do mešity k modlitbám. Tuto rituální přípravu provádí pouze pozůstali stejného pohlaví. Příbuzní mohou odmítat tyto výkony od zdravotníků. Pokud zemřelý nemá rodinu, měla by být kontaktována islámská obec, která tuto péči a následný pohřeb provede. (viz příloha Kontaktní centra) Oči může muslimovi zatlačit pouze blízký příbuzný. Pro muslima je nepřípustná eutanazie,

kremace a pitva. Interrupci povoluje pouze v případě ohrožení života matky nebo po znásilnění [1, 21].

„Po smrti pacienta reagují jeho příbuzní často velmi emocionálně, trhají si vlasy a nechtějí se s touto situací smířit.“⁴⁵

3.4.3 Pohřeb

Pohřeb se má konat nejpozději do osmačtyřiceti hodin. Samotný pohřeb je relativně skromný a jednoduchý. Zesnulý je vystaven a přítomní pozůstalí pronášejí pohřební modlitbu, nazývanou dženáza. Poté je zesnulý odnesen na dřevěné desce, zahalený v bílé látce a bez rakve pohřben do země hlavou k Mekce. Uložení do hrobu se koná výhradně v přítomnosti mužů. Jeden z pozůstalých poté promlouvá přímo k zemřelému a vysvětluje, co se zrovna děje a bude dít. Muslimové totiž věří, že je zemřelý může slyšet. Každý pozůstalý vhodí do hrobu tři hrsti hlíny, což symbolizuje jednotu muslimů. Muslimové bývají pohřbíváni na vymezeném prostranství, odděleně od nemuslimských hrobů. Hroby jsou prosté, označené hliněnou mohylkou. Pohřeb kremací je zakázán. Tři dny po pohřbu rodina přijímá projevy soustrasti a nahlas se modlí. Ostatní členové muslimské obce se jí snaží pomoci a podpořit [9, 21].

3.4.4 Doporučení pro praxi

Při kontaktu s muslimským pacientem bychom měli projevovat vřelost a zájem, samozřejmostí je se představit. Vhodné je se mírně uklonit, což můžeme doplnit přiložením pravé ruky k srdci. Nevhodné je dívat se do očí pacientovi opačného pohlaví. Nevhodné je také stát s rukama v bok, muslimové to vnímají jako projev neúcty až arogance.

Levá ruka je muslimy vnímána jako nečistá. Pokud tedy budeme pacientovi například podávat léky levou rukou, nepřijme je. Projevem úcty je podávat předměty oběma rukama.

⁴⁵ IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing a.s. 2005. str.224

Důležité je dbát na zákaz kontaktu muslimské pacientky se zdravotníkem – mužem. Není vhodné pacientku na pokoji navštěvovat, pokud je zrovna sama. To lze pouze v případě vysloveného souhlasu od manžela, otce či bratra. Za ženu-muslimku často ve všem rozhoduje a jedná její manžel, otec či bratr.

Muslimové neradi poskytují informace o své rodině či intimních záležitostech. Ani sami mezi sebou nehovoří o rodinných záležitostech. Pokud nejsou tyto informace nutné, neměli by je zdravotníci vyžadovat. Pokud ano, měli by vysvětlit, proč je potřebují vědět.

Problémem může být ztráta intimity. Muslimské ženy jsou zvyklé neodkrývat více, než obličej, problém tedy může nastat při nošení nemocniční košile, tzv. “anděla.” V tomto případě bychom pacientce měli umožnit co nejvíce používat její vlastní oblečení. Tradiční oděv ale mohou vyžadovat i muži.

Nezbytné je zajištění vhodné stravy, obzvláště se vyhnout vepřovému masu. Náročnou situací pro zdravotníky může být přítomnost pacientovy rodiny.

Muslimové si budou připadat nečistí, např. z důvodu krvácení, hnisání rány, mdlob. Tyto a podobné situace jsou v nemocnici časté, pacientovi by tedy mělo být umožněno rituální omývání. Stejně tak jsou nečistí po vykonání potřeby. Řešením může být nádoba s vodou na toaletě či v koupelně. Hygienická péče nenahradí rituální omytí, pacient se tedy bude chtít i po koupeli rituálně omýt tekoucí vodou.

Velice důležitou potřebou muslimského pacienta budou modlitby. Zdravotníci by měli zajistit vhodné a klidné prostředí a pacienta během modlitby nerušit, ani nechodit před modlícím se muslimem, to je vnímáno jako urážka. Zdravotníci by měli dávat pozor na pacientovy náboženské předměty, kterých by se nikdo kromě muslima neměl dotknout.

Důležité je provedení specifických úkonů po úmrtí. Zdravotníci by neměli tuto péči poskytovat, ale obrátit se na islámskou obec. (viz příloha Kontaktní centra) Muslimové budou odmítat pitvu a pohřeb se budou snažit vykonat do dvou dnů, lékaři by toto přání měli respektovat a neprovádět zbytečné pitvy [27].

4 Kazuistika

Paní A.H., narozena 23.7.1950. Od r. 1980 žije v České republice, původem ze Saudské Arábie, byla přijata na oddělení LDN s diagnózou karcinom mammy sin. S mnohočetnými metastázami v játrech, plicích a kostech horních končetin. V květnu 2008 gynekolog při preventivní prohlídce zjistil bulku a mírné vtažení kůže v pravém horním kvadrantu levého prsu. Pacientku odeslal na mammografii, kde lékař diagnostikoval útvar. Následně byla provedena histologie bulky a odběry. Diagnostikován byl karcinom. Pacientka podstoupila kvadrantektomii a odstranění regionálních uzlin, totální mastektomii odmítla. Poté podstoupila chemoterapii a radioterapii. Na kontroly po ukončení léčby již nechodila. Již před onemocněním chodila na preventivní gynekologické prohlídky cca 1x/7let. V roce 2012 nastala recidiva, lékař diagnostikoval veliký útvar v levém prsu, mnohočetné metastázy v játrech a plicích. Dle lékaře neoperovatelné.

Nynější stav

Pacientka kachektická, výška 175cm, váha 53kg, BMI 16. Stěžuje si na dušnost a bolest na hrudi, pohyb jí činí obtíže, brzy se unaví a zadýchá. Stěžuje si na náročné a obtížné dýchání, častý pocit nedostatku vzduchu. V noci kvůli tomu špatně spí. Nemá chuť k jídlu, pije málo. Cítí se unavená a vyčerpaná. Stěžuje si na silné bolesti. Trpí zácpou, vyžaduje projímadla. Močí méně jak 500ml/24hod.

Zvládá sebeděči v rámci lůžka a vsedě u umyvadla. Sama se nají, posadí se na posteli, na židli se nepřesune. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Paměť v pořádku, bez smyslových bariér.

Pacientka byla praktikující muslimkou, krátce před přijetím na LDN dle rodiny ztratila důvěru v Boha, cítí se zrazena. Vyjadřuje výčitky vůči Bohu, říká, že si nezaslouží ještě zemřít. Pacientka přijímá léčbu spíše pasivně, příliš nekomunikuje, je uzavřená, apatická. Projevuje se depresivní náladou. Špatně spí, bojí se umírání a smrti.

Žije s manželem, synem a jeho rodinou v rodinném domě. Mají dobré rodinné vztahy, kombinují tradiční islámský a evropský styl života. Pacientka pracuje jako tlumočnice do arabštiny. Česky mluví plyně. Dodržuje základní muslimské praktiky, nosí šátek zakrývající vlasy (vlasy po chemoterapii již dorůstají), tradiční oděv. Modlí se pětkrát denně a před jídlem. Dodržuje půst. Manžel a rodina se snaží být stále

s pacientkou, stále je někdo přítomen. Přejí si ošetřování a péči od ženského personálu, manžel však nevyžaduje svou přítomnost při procedurách a vyšetřeních. Rodina pacientku podporuje, snaží se pomoci, dochází za ní mnoho lidí z islámské komunity.

Farmakoterapie: Morphin, Lactulosa, Stillnox, O2 brýle při dušnosti

4.1 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA klasifikace, plán péče

Dle současného stavu a potřeb pacientky byly dle algoritmu stanoveny ošetrovatelské diagnózy, seřazené dle priorit. U každé diagnózy byl poté vytvořen plán ošetrovatelské péče.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
Chronická bolest -_00133	<u>Určující znaky:</u> - uvádí dlouhodobou bolest - narušený spánek	<u>Cíl:</u> - pacientka vnímá bolest jako zvládnutelnou <u>Kritéria:</u> - snížení VAS na 3
	<u>Související faktory:</u> - nádorové onemocnění	<u>Intervence:</u> - sledování a záznam intenzity a charakteru bolesti dle stupnice VAS - aplikace morfinu dle bolesti a ordinace lékaře - sledovat úlevové polohy a dle nich pacientku polohovat
Strach ze smrti - 00147	<u>Určující znaky:</u> - uvádí hluboký smutek - uvádí strach z bolesti v souvislosti s umíráním - uvádí strach z utrpení v souvislosti s umíráním	<u>Cíl:</u> - pacientka nevnímá strach ze smrti jako nezvládnutelný <u>Kritéria:</u> - pacientka je klidná, smířená
	<u>Související faktory:</u> - zkušenost s umíráním - neakceptování vlastní smrti	<u>Intervence:</u> - zajistit kontakt se členy muslimské obce, náboženskými autoritami - zajistit kontakt s psychologem - ze strany personálu zájem a

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
		<p>ochota neochabující negativními reakcemi pacientky</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktivně sledovat neverbální i verbální projevy úzkosti - trpělivě zjišťovat pacientčiny pocity - nebát se hovořit s pacientkou o smrti, pokud si to přeje
<i>Únava</i> - 00093	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - udává pocit únavy - neschopnost vykonávat běžné denní činnosti - zvýšená potřeba odpočinku 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka udává zmírnění únavy na snesitelnou
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - primární onemocnění - stres, úzkost, depresivní ladění 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zajistit dostatečný a kvalitní spánek - zajistit aktivity dle zájmů pacientky
<i>Nespavost</i> - 00095	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - uvádí aktuální nespokojenost se spánkem - uvádí nedostatečnou regeneraci spánkem - uvádí potíže s usínáním a spaním 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka se po probuzení cítí odpočatá
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - dušnost - změna prostředí - stres, úzkost 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - léky dle ordinace lékaře - upravit prostředí - během dne aktivizovat, zaměstnat aktivními činnostmi
<i>Zápcha</i> - 00011	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - bolest břicha - vzedmuté břicho - snížená frekvence stolice 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka netrpí bolestmi břicha a nepříjemnými projevy zácpy - pravidelná stolice <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - vyprazdňování více jak 1x/3 dny
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatečná fyzická aktivita - farmakoterapie – morfin - změna prostředí 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - léky dle ordinace lékaře - podporovat v pitném režimu a vhodné stravě - aktivizovat

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
	<ul style="list-style-type: none"> - omezení pohyblivosti, zhoršení možností vyprazdňování - depresivní ladění - dehydratace 	
Deficit sebepéče při:	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - a) neschopnost přemístit se do koupelny, neschopnost umýt si celé tělo - b) neschopnost obléknout si spodní polovinu těla, neschopnost obout si boty - c) neschopnost přemístit se na toaletu nebo klozet, neschopnost provést hygienu po vykonání potřeby 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - a) samostatná v základní hygieně v lůžku - b) udržení dosavadních schopností obléci si sama horní část těla - c) zajištění důstojného vyprazdňování se na klozetu nebo v rámci lůžka <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zdravotníci neprovádí činnosti za pacientku, pouze dopomáhají a podporují
a) koupání - 00108		
b) oblékání - 00109		<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - a) dopomoc při celkové hygieně, podporovat v samostatnosti - b) dopomoc při oblékání spodní části těla, podporovat v samostatnosti - c) dopomoc při vyprazdňování, zajistit klozet k lůžku, podložní mísu
c) vyprazdňování - 00110	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - a) bolest, únava, slabost, svalová slabost, zhoršená pohyblivost - b) bolest, slabost, únava, svalová slabost, zhoršená pohyblivost - c) bolest, slabost, únava, zhoršená pohyblivost, svalová slabost 	
Zhoršená religiozita - 00169	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - udává obtíže s dodržováním zásad své víry - vyjadřuje pochybnosti o své víře - udává pocit zklamání, že umírá i přes dosavadní dodržování náboženských zásad 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka nevyjadřuje zlost vůči Bohu <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - svěří své pocity zástupci muslimské obce <u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - hovořit s pacientkou o jejích pocitech - zajistit kontakt s muslimskou obcí, náboženskými autoritami - umožnit vykonávat náboženské rituály, aktivně v nich podporovat

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nádorové onemocnění, hrozba smrti - depresivní ladění a úzkost z nádorového onemocnění a hrozby smrti - krize na konci života - bolest 	
Beznaděj - 00124	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - na slovní projevy reaguje pokrčením ramen, slovy „nevím, no a co“ - pasivita - snížená reakce na podněty - snížené verbální projevy - snížená spolupráce s okolím - vyjadřuje zoufalství a beznaděj nad svým osudem 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka udává zmírnění pocitů beznaděje <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - cítí se lépe
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nádorové onemocnění - zhoršující se fyzický stav 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zajistit kontakt se členy muslimské obce, náboženskými autoritami - zajistit kontakt s psychologem - ze strany personálu zájem a ochota neochabující negativními reakcemi pacientky
Bezmocnost - 00125	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pasivita - apatie - depresivní ladění z důvodu onemocnění a tělesného chátrání - vyjadřuje ztrátu kontroly nad sebou samou 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka se necítí zcela nesamostatná a odkázaná na ostatní <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - vyjadřuje zlepšení
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - omezení daná onemocněním 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zajistit kontakt se členy muslimské obce, náboženskými autoritami - zajistit kontakt s psychologem - ze strany personálu zájem a ochota neochabující negativními reakcemi pacientky - podporovat pacientku v aktivitách a sebepěči, samostatnosti

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
Zhoršený komfort - 00214	<u>Určující znaky:</u> - pacientka se necítí příjemně - udává nespokojenost	<u>Cíl:</u> - pacientka se cítí spokojená se spánkem, udává snížení strachu a úzkosti a bolest jako snesitelnou <u>Kritéria:</u> - zmírnění bolesti na VAS 3, zmírnění strachu, po probuzení se cítí odpočatá
	<u>Související faktory:</u> - narušený spánek - strach - úzkost - bolest	<u>Intervence:</u> - zajistit intervence viz Nespavost, Strach, Úzkost, Bolest - zajistit příjemné prostředí
Neefektivní zvládnání zátěže - 00069	<u>Určující znaky:</u> - porucha spánku - únava - uvádí neschopnost zvládat zátěž	<u>Cíl:</u> - pacientka vyjadřuje touhu zvládnout náročnost situace <u>Kritéria:</u> - kvalitní spánek, zvýšení zájmu o sebe samu
	<u>Související faktory:</u> - volí neefektivní prostředky ke zvládnání zátěže - nezájem o řešení problému	<u>Intervence:</u> - zajistit kvalitní spánek a odpočinek - zajistit spolupráci s rodinou - dodat pacientce pocit, že není na náročnost své situace sama
Zhoršená tělesná pohyblivost - 00085	<u>Určující znaky:</u> - námahou dyspnoe - omezený rozsah pohybu - nepřesune se z postele na židli - nevydrží sama stát	<u>Cíl:</u> - pacientka je s pomocí schopna aktivity v rámci lůžka, přesunu na vozík, hygieny a základní sebepečce <u>Kritéria:</u> - s pomocí se přesune na klozet, židli - samostatně pohyblivá v rámci lůžka
	<u>Související faktory:</u> - bolest - dušnost - únava - nezájem o aktivitu	<u>Intervence:</u> - dopomoc při pohybu - zajistit kompenzační pomůcky – hrazdička, vozík
Zhoršená schopnost přemísťování - 00090	<u>Určující znaky:</u> - neschopnost přemístit se na židli, klozet, toaletu a zpět - neschopnost přemístit se z podlahy do stoje	<u>Cíl:</u> - samostatná v rámci lůžka <u>Kritéria:</u> - s pomocí se přesune na židli, klozet

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - únava, slabost - bolest - nedostatečná svalová síla 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - dopomoc při přemísťování se - zajistit kompenzační pomůcky – vozík, klozet
Neschopnost chůze	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - udává strach z chůze - nedokáže ujít více jak několik kroků 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - schopna přemístění se s pomocí na vozík <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - s dopomocí se přemístí
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - únava, slabost, bolest - nedostatečná svalová síla 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - dopomoc při pohybu - zajistit kompenzační pomůcky - vozík
Neefektivní péče o vlastní zdraví - 00078	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - volba neefektivních způsobů ke splnění ke splnění zdravotních cílů v každodenním životě - zanedbávání preventivních kontrol - nezájem o spolupráci se zdravotníky 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude dodržovat léčebná doporučení, která vnímá jako účinná <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zvýšení zájmu o sebe samu
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatek znalostí - postoj odevzdanosti svému osudu, beznaděje 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - edukovat o účincích užívaných léků, polohování - dávat najevo empatii a osobní zájem
Intolerance aktivity - 00092	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - námahová dyspnoe - verbální stížnosti na únavu, slabost 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - aktivní v rámci lůžka, schopna přesunu a pobytu na vozíku <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - kvalitní spánek, dostatečná SpO₂, dopomoc
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - celková slabost - bolest - imobilita - únava 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - aktivizovat v rámci lůžka - podporovat v pobytu na vozíku
Nevyvážená výživa – méně, než je potřeba organismu - 00002	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nezájem o jídlo, vyjadřuje nechut' k jídlu - ztráta hmotnosti, BMI 16 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka netrpí pocitem hladu <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zajištění vhodných a oblíbených potravin, zvýšení zájmu o jídlo
	<u>Související faktory:</u>	<u>Intervence:</u>

Aktuální ošetrovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
	<ul style="list-style-type: none"> - onkologické onemocnění - terminální stav - psychický stres, odevzdanost 	<ul style="list-style-type: none"> - podporovat ve vhodné stravě, ale nenutit - spolu s rodinou zajistit jídlo, které má ráda - respektovat náboženské zvyklosti týkající se jídla
Neefektivní udržování zdraví - 00099	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatečně zaměřené chování k udržení zdraví v anamnéze - nedostatečný zájem o zlepšení chování podporující zdraví 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude dodržovat léčebná doporučení
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatek znalostí - nezáměr 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - dopomoc při běžných činnostech - průběžná motivace a podpora zdravotníky o významu léčby, její pomoci
Neefektivní péče o vlastní zdraví - 00078	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - volba neefektivních způsobů ke splnění ke splnění zdravotních cílů v každodenním životě - zanedbávání preventivních kontrol - nezáměr o spolupráci se zdravotníky 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka bude dodržovat léčebná doporučení, která vnímá jako účinná
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - nedostatek znalostí - postoj odevzdanosti svému osudu, beznaděje 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - edukovat o účincích užívaných léků, polohování - dávat najevo empatii a osobní zájem
Snížený objem tekutin v organismu - 00027	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - slabost - suchá kůže a sliznice - oligurie 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka netrpí pocitem žízně <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - min. 1l tekutin/24hodin (více odmítá)
	<u>Související faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - absence pocitu žízně - nezáměr o změnu situace 	<u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - podporovat v pitném režimu, ale nenutit - spolu s rodinou zajistit oblíbené nápoje
Porucha výměny plynů - 00030	<u>Určující znaky:</u> <ul style="list-style-type: none"> - abnormální dýchání - tachypnoe - dyspnoe - tachykardie - neklid 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - dostatečná výměna plynů <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - SpO₂ nad 90%

Aktuální ošetřovatelská diagnóza	Určující znaky Související faktory	Cíle, Kritéria Intervence
	- hypoxie	
	<u>Související faktory:</u> - primární onemocnění - stres	<u>Intervence:</u> - při dušnosti oxygenoterapie dle ordinace lékaře - vhodná poloha (Fowlerova), při progresi obtíží ortoptická poloha

Potenciální ošetrovatelská diagnóza	Rizikové faktory	Cíle Intervence
<i>Riziko pádu</i> - 00155	<u>Rizikové faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - slabost - snížená svalová síla - farmakoterapie – morfin 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka neupadne <u>Kritéria:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pomoc při přemísťování <u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pomoc při přemísťování se - dohled - zajistit lůžko postranicemi, signalizace
<i>Riziko poškození kožní integrity</i>	<u>Rizikové faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zhoršená pohyblivost - nedostatečná výživa - primární onemocnění 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - bez známek poškození kožní integrity - bez známek dekubitů <u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - polohování - dostatečná hygiena kůže - aktivizace
<i>Riziko oslabení lidské důstojnosti</i> - 00174	<u>Rizikové faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - odlišná kultura a zvyklosti - kulturní nesoulad - stigmatizující nálepka - vnímané vměšování se do soukromí - vystavení těla 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka se necítí nedůstojně, vnímá sama sebe jako osobnost <u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zajistit prostředí a péči v souladu s pacientčím náboženským vyznáním - vyjadřovat zájem a pochopení - při poskytování péče brát ohled na lidskou důstojnost
<i>Riziko neefektivní renální perfuze</i> - 00203	<u>Rizikové faktory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - zhoubný nádor - nedostatečný příjem tekutin 	<u>Cíl:</u> <ul style="list-style-type: none"> - bez projevů neefektivní renální perfuze <u>Intervence:</u> <ul style="list-style-type: none"> - aktivně nabízet tekutiny - edukovat o pitném režimu - sledovat příjem a výdej tekutin, otoky

II. Empirická část

5 Metodika práce

5.1 Cíle a výzkumné předpoklady

5.1.1 Cíle

- Zjistit, jak náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování paliativní péče.
- Porovnat specifika v poskytování paliativní péče u jednotlivých náboženství.

5.1.2 Výzkumné předpoklady

Výzkum pracuje s pěti výzkumnými předpoklady. Výzkumné předpoklady byly následně zpřesněny a formulovány na hypotézy, které byly statisticky testovány.

- Výzkumný předpoklad číslo 1: Domníváme se, že náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče.
- Výzkumný předpoklad číslo 2: Domníváme se, že sestra náboženského vyznání bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez vyznání.
- Výzkumný předpoklad číslo 3: V islámském náboženství předpokládáme vyšší míru zapojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání.
- Výzkumný předpoklad číslo 4: Předpokládáme menší důraz na medikamentózní léčbu u sester hinduistického vyznání.
- Výzkumný předpoklad číslo 5: Předpokládáme častější využití tradičních léčebných systémů u východních náboženství.

5.1.3 Hypotézy

- Hypotéza číslo 1: Náboženský postoj má větší vliv na poskytování péče u sester s náboženským vyznáním než u sester bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 2: Sestra s náboženským vyznáním bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 3: V islámském náboženství je vyšší míra zapojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání.

- Hypotéza číslo 4: U sester hinduistického vyznání je kladen menší důraz na medikamentózní léčbu než u ostatních respondentů.
- Hypotéza číslo 5: U východních náboženství jsou tradiční léčebné systémy využívány častěji než u ostatních náboženství a sester bez náboženského vyznání.

5.2 Metodika a harmonogram výzkumu

Pro získání dat k vypracování empirické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda získávání dat formou dotazníku (viz.příloha č. 6). Dotazník je anonymní, obsahuje 5 nečíslovaných a 21 číslovaných otázek. Nečíslované otázky se ptají na anamnestické údaje o respondentovi. Číslované otázky jsou většinou uzavřené, některé s možností specifikovat konkrétní odpověď svými slovy. Otevřená otázka byla 1. U většiny otázek bylo možno označit pouze jednu odpověď. U 1 otázky bylo možno označit více variant.

Dotazník byl vytvářen na jaře 2011 a poté v anglickém jazyce umístěn na internetových stránkách a v českém jazyce osobně předáván respondentům. Cizojazyčným respondentům byl dotazník předáván skrze prostředníky daných náboženství a zemí. Tito prostředníci vyhledávali vhodné respondenty a předávali jim odkaz na internetové stránky, kde respondenti jednoduše označili své odpovědi a po vyplnění dotazník odeslali. Nebyl osločován konkrétní počet respondentů, z toho důvodu nelze zhodnotit návratnost dotazníků.

Pro vyhodnocení získaných dat byl použit program OpenOffice. Každá otázka je doplněna tabulkou a slovním komentářem, některé i grafem. Po zpracování a vyhodnocení zjištěných dat byl daný výzkumný předpoklad vyvrácen či potvrzen.

Statistické vyhodnocení bylo provedeno na základě následující úvahy. Označme poměr kladných odpovědí na danou otázku v souboru rozděleného na dva podsoubory dle zvoleného parametru jako p_v a p_b (oba se řídí tzv. alternativním rozdělením). Počet kladných odpovědí v podsouboru je poté roven součinu p_v , resp. p_b , a n_v , resp. n_b , kde n označuje celkový počet odpovědí v podsouboru. Počet výskytu kladných odpovědí v jednotlivých podsouborech se řídí tzv. binomickým rozdělením. Pro dostatečně velký počet n lze výběrový průměr binomického rozdělení podle centrální limitní věty

aproximovat normálním rozdělením. Zhodnocení, je-li počet odpovědí v dotaznících postačující pro tuto aproximaci je nad rámec této práce. Předpokládejme, že tomu tak je. Pak lze použít nepárového t-testu pro ověření uvedených hypotéz.

Pro jednotlivé podsoubory byly spočítány základní statistiky:

Odhad poměru kladných odpovědí

$$p_v = \frac{1}{n_v} \sum_{i=1}^{n_v} X_{vi}$$

$$p_b = \frac{1}{n_b} \sum_{i=1}^{n_b} X_{bi}$$

Výběrový průměr

$$\bar{X}_v = p_v$$

$$\bar{X}_b = p_b$$

Výběrový rozptyl

$$S_v^2 = p_v(1 - p_v)$$

$$S_b^2 = p_b(1 - p_b)$$

Společný odhad rozptylu

$$S^2 = \frac{(n_v - 1)S_v^2 + (n_b - 1)S_b^2}{(n_v - 1) + (n_b - 1)}$$

Testovou charakteristikou je

$$T = \frac{\bar{X}_v - \bar{X}_b}{S \sqrt{\frac{1}{n_v} + \frac{1}{n_b}}}$$

která se srovnávala s příslušnými kvantily Studentova t-rozdělení s $(n_v + n_b - 2)$ stupni volnosti. Testování jsme prováděli na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

5.3 Charakteristika sledovaného vzorku

Respondenty dotazníku byly zdravotní sestry vyznávající buddhismus, hinduismus, islám, křesťanství nebo bez náboženského vyznání, které pracují a setkávají se s pacienty potřebující paliativní péči. Respondenti pochází z Velké Británie, Japonska, Saudské Arábie, Indie a České republiky.

Nelze předpokládat, že vzorek respondentů je reprezentativním výběrem z populace pracovníků v ošetrovatelské péči. Důvodem je prostý fakt, že vyplnění dotazníku vyžaduje aktivní spoluúčast respondenta, což samo implikuje určitým směrem vychýlený profil průměrného respondenta. Navzdory tomu však nelze z evidentních příčin realizovat skutečně reprezentativní výběr, což je obecnější problém statistiky. Věrohodnějšího výběru respondentů by šlo dosáhnout dvoustupňovým nebo kvótním výběrem, čímž by se však počet respondentů ochotných odpovídat neúměrně snížil a tím i vypovídací hodnota výzkumu. Nezbyvá proto než vzorek respondentů pro účel této práce považovat za dostatečně náhodný tak aby výsledné statistické zhodnocení nebylo významněji vychýlené.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů mužského pohlaví pracujeme s oběma pohlavími v rámci jednoho výběrového souboru.

Tab.1 Rozdělení respondentů dle pohlaví

	Ženy		Muži	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	13	16,67	5	27,78
Hinduismus	15	83,33	3	16,67
Islám	15	88,24	2	11,76
Křesťanství	16	84,21	3	15,79
Bez vyznání	17	89,47	2	10,53
celkem	76	83,52	15	16,48

Tab.2 Rozdělení respondentů jednotlivých náboženství dle věku

	18 – 30 let		31 – 45 let		46 – 55 let		> 56 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	6	33,33	10	55,56	2	11,11	0	0
Hinduismus	12	66,67	5	27,78	1	5,56	0	0
Islám	5	29,41	8	47,06	4	23,53	0	0
Křesťanství	3	15,79	11	57,89	4	29,05	1	5,26
Bez vyznání	6	31,58	6	31,58	5	26,32	2	10,53
celkem	32	35,16	40	43,96	16	17,58	3	3,30

Průměrný věk výzkumného vzorku byl 36,52 let.

Směrodatná odchylka je 10,19.8971 let

Tab.3 Rozdělení respondentů jednotlivých náboženství dle let v praxi

	0 – 5 let		6 – 15 let		16 – 25 let		> 25 let	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	4	22,22	7	38,89	7	38,89	0	0
Hinduismus	4	22,22	9	50	5	27,78	0	0
Islám	5	29,41	3	17,45	5	29,41	4	29,53
Křesťanství	2	10,53	5	26,32	7	36,84	5	26,32
Bez vyznání	3	15,79	6	31,58	4	29,05	6	31,58
celkem	18	19,78	30	32,97	28	30,77	15	16,48

Tab.4 Nemocniční oddělení, kde respondenti pracují

Nemocniční oddělení	Počet respondentů	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Interna	22	24,18
Chirurgie	20	21,98
Onkologie	8	8,79
LDN	15	16,48
Hospic	8	8,79
Geriatric	5	5,49
Kardiologie	1	1,1
Neurologie	5	5,49
Traumatologie	1	1,1
JIP	2	2,2
Student	4	4,4
celkem	91	100

Tab.5 Rozdělení respondentů dle náboženství

Náboženství	Počet respondentů
Buddhismus	18
Hinduismus	18
Islám	17
Křesťanství	19
Bez vyznání	19
celkem	91

6 Vyhodnocení získaných dat

Otázka číslo 1

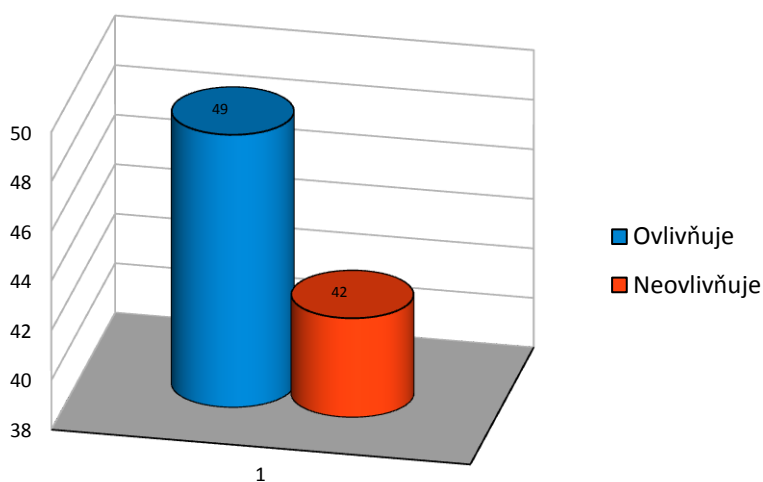
Myslíte, že Vaše víra ovlivňuje způsob péče o nemocného?

Tab.6 Ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou všemi respondenty (osobní názor respondentů)

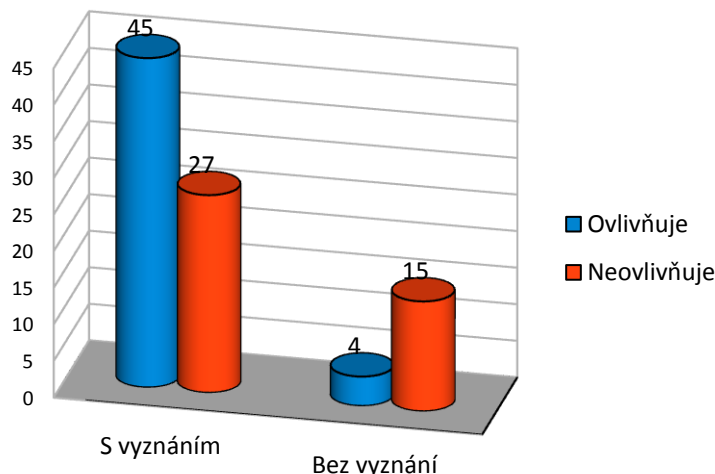
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ovlivňuje	49	53,85
Neovlivňuje	42	46,15
celkem	91	100

Tab.7 Ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou respondenty s náboženským vyznáním a bez vyznání (osobní názor respondentů)

	S vyznáním		Bez vyznání	
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ovlivňuje	45	62,5	4	21,05
Neovlivňuje	27	37,5	15	78,95
celkem	72	79,12	19	20,88



Obr.1 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou všemi respondenty



Obr.2 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

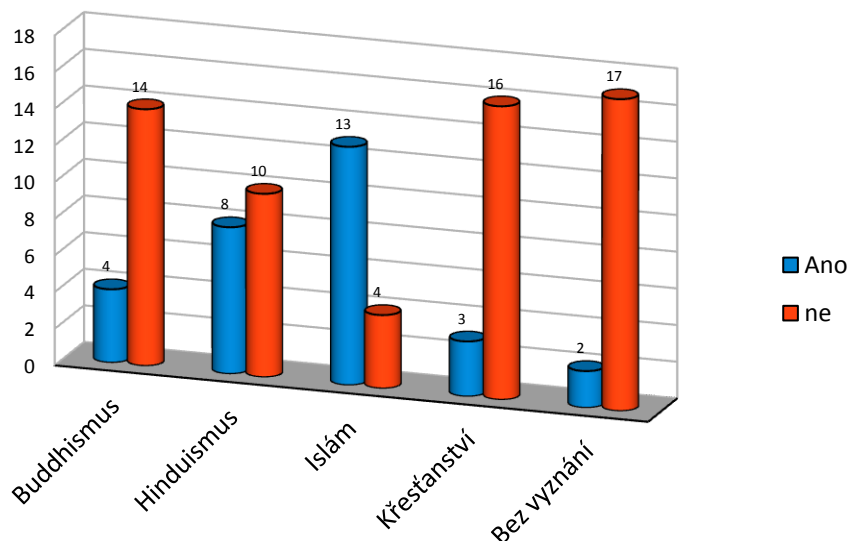
V práci se domníváme, že náboženská víra ovlivňuje způsob poskytování péče nemocným. Z výsledků vyplývá, že 37,5% respondentů náboženského vyznání si myslí, že jejich víra způsob péče neovlivňuje. To je podstatné číslo, které nám může říkat, že respondenti buď víru nepovažují za významného ovlivňovatele péče, že i jako lidé bez vyznání by o nemocné pečovali stejně kvalitně. Kladné odpovědi mohou být způsobeny individuálními zvyky a tradicemi jednotlivých náboženství, které péči o nemocného ovlivňují, avšak samotná víra či nevíra kvalitu péče neovlivňuje.

Otázka č.2

Máte ve své zemi ucelený koncept paliativní péče?

Tab.8 Existující ucelený koncept paliativní péče

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	4	22,22	14	77,78
Hinduismus	8	44,44	10	55,56
Islám	13	76,47	4	23,53
Křesťanství	3	15,79	16	84,21
Bez vyznání	2	10,53	17	89,47
celkem	30	32,97	61	67,03



Obr.3 Graf existence uceleného konceptu paliativní péče u jednotlivých náboženství

Je zajímavé, že náboženství tradičně považována za příkladná v péči o bližní, jako jsou buddhismus a křesťanství, zaostávají ve výskytu uceleného konceptu paliativní péče za islámem. To ovšem nemusí znamenat chybu konkrétních náboženství, ale země, ze které respondenti pochází. Možným vysvětlením je také neznalost respondentů o existenci takového konceptu.

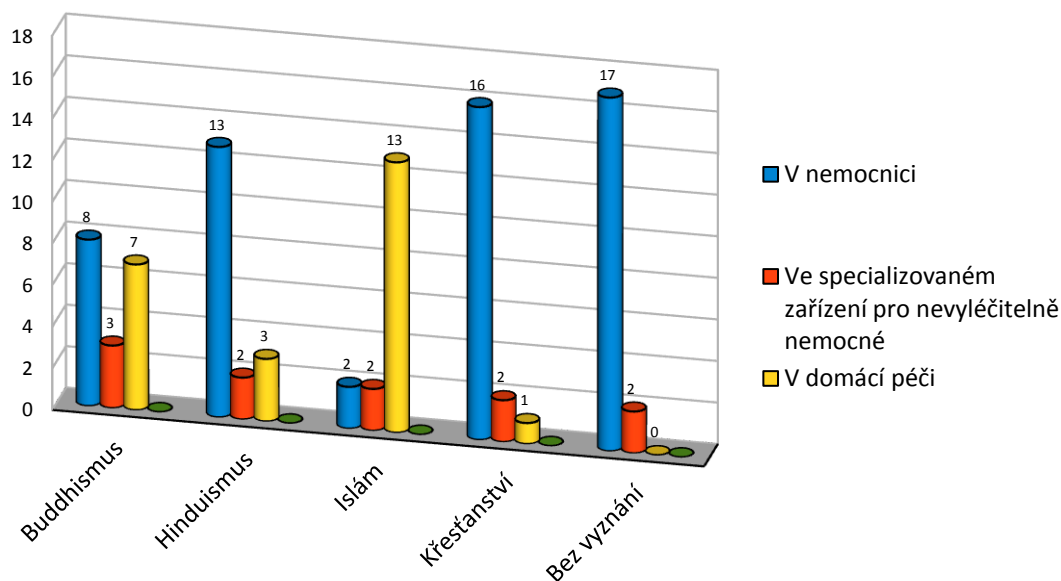
Otázka číslo 3

V jakém zařízení je obvykle realizována péče o umírající?

(tabulka viz str. 67)

Tab.9 Místo realizace péče o umírající

	V nemocnici		Ve specializovaném zařízení pro nevyléčitelně nemocné		V domácí péči		Jinde	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	8	44,44	3	16,67	7	38,89	0	0
Hinduismus	13	72,22	2	11,11	3	16,67	0	0
Islám	2	11,76	2	11,76	13	76,47	0	0
Křesťanství	16	84,21	2	10,53	1	5,26	0	0
Bez vyznání	17	89,47	2	10,53	0	0	0	0
celkem	56	61,54	11	12,09	24	26,37	0	0



Obr.4 Graf míst péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

Z výsledků vyplývá, že náboženství, tradičně vnímána jako silně zaměřená na rodinu a mírumilovná, mají výrazně menší podíl domácí péče o nevyléčitelně nemocné, než islám, který je v dnešní době opředen mnoha předsudky.

V podílu domácí péče na péči o umírajícího pacienta všechna zbývajících náboženství výrazně přesáhl islám (76,47%). Stejně, jako je překvapivý vysoký podíl domácí péče u muslimů, je překvapivý i relativně nízký podíl u buddhismu (38,89%), hinduismu (16,67%) a obzvláště křesťanství (5,26%). Křesťanství má dokonce druhý nejvyšší podíl nemocniční péče (84,21%).

Péče ve specializovaných zařízeních se u všech skupin respondentů pohybuje zhruba stejně, mezi 10-11%, pouze buddhismus má více (16,67%). To může být zapříčiněno celkovým pokrokem medicíny a zájmem o rozvoj kvalitní paliativní péče, který je ale pozvolný.

Otázka číslo 4

Jak často pečujete o umírajícího pacienta?

Tab.10 Četnost péče o umírající pacienty u všech respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Nesetkávám se	0	0
Spíše výjimečně	6	6,59
Občas	21	23,08
Velmi často	64	70,33
celkem	91	100

Péče o umírající pacienty byla základním předpokladem tohoto výzkumu. Z toho důvodu se ve zkoumaném vzorku nevyskytl nikdo, kdo by se s umírajícími pacienty nesetkával. Dotazníky byly záměrně a účelně směřovány zdravotníkům, kteří se s umírajícími setkávají co nejčastěji. Získat vhodné respondenty bylo však značně obtížné, proto se ve zkoumaném vzorku vyskytují i respondenti, kteří se s umírajícími pacienty setkávají spíše výjimečně. Každý z respondentů však zkušenost s umírajícím pacientem měl.

Otázka číslo 5

Jakým způsobem se vyrovnáváte s náročností péče o umírajícího pacienta? (můžete označit více variant)

Tab.11 Způsoby vyrovnávání se s péčí o umírajícího pacienta - všichni respondenti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Zachovávám profesionální odstup	48	52,75
Aktivně trávím volný čas – sport, kultura...	27	29,67
Využívám služeb psychologa	7	7,69
Pomáhá mi mé náboženství	43	47,25
Scházíme se s kolegy a mluvíme o našich pocitech	13	14,29
Jinak	0	0
celkem	138	

Tab.12 Způsoby vyrovnávání se s péčí o umírajícího pacienta – respondenti s náboženským vyznáním a bez vyznání

Odpověď	S vyznáním		Bez vyznání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Zachovávám profesionální odstup	35	48,61	13	68,42
Aktivně trávím volný čas – sport, kultura...	17	23,61	10	52,63
Využívám služeb psychologa	7	9,72	0	0
Pomáhá mi mé náboženství	43	59,72	0	0
Scházíme se s kolegy a mluvíme o našich pocitech	11	15,28	2	10,53
Jinak	0		0	0

U této otázky mohli respondenti označit více variant. Zajímavá je relativní vyrovnanost variant „Pomáhá mi mé náboženství“ a „Zachovávám profesionální odstup.“ (48,61% a 59,72%) Význam náboženské víry pro vyrovnávání se se smrtí je nepopíratelný, ale je zajímavé, že pouze 59,72% respondentů náboženského vyznání tuto variantu označilo. Služeb psychologa využívá překvapivě malý počet respondentů a stejně relativně nízký je počet těch, kteří náročnost paliativní péče řeší pomocí rozhovorů s kolegy. Vzájemné diskuze a svěřování se s problémy ve zdravotnickém týmu je přitom jednou z důležitých a nezastupitelných praktik a strategií zvládnutí náročnosti poskytování paliativní péče.

Otázka číslo 6

Aplikujete své náboženské tradice a zvyky do paliativní péče?

Tab.13 Aplikování náboženských tradic a zvyků do paliativní péče

	S vyznáním		Bez vyznání		celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	42	58,33	0	0	42	46,15
Ne	30	41,67	19	100	49	53,85

U této otázky není příliš překvapivé, že žádný z respondentů bez náboženského vyznání neaplikuje náboženské tradice a zvyky do péče. Pro nás zajímavější je ale výsledek respondentů s náboženským vyznáním, kdy 42 respondentů odpovědělo ano (58,33%) a 30 respondentů odpovědělo ne (41,67%). Čekali jsem výraznější zastoupení kladných odpovědí.

Otázka číslo 7

Jak vnímáte smrt?

Tab.14 Vnímání smrti u jednotlivých náboženství

	Přechod na jiný způsob existence		Úplné ukončení existence		Jinak	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	16	88,89	1	5,56	1	5,56
Hinduismus	14	77,78	1	5,56	3	16,67
Islám	8	47,06	0	0	9	52,94
Křesťanství	19	100	0	0	0	0
Bez vyznání	6	31,58	13	68,42	0	0
celkem	63	69,23	15	16,48	13	14,29

Nejčastější odpovědí na otázku vnímání smrti byl přechod na jiný způsob existence, což je předvídatelné vzhledem k zásadám víry jednotlivých náboženství. Zajímavé je, že stejného názoru je třetina respondentů bez náboženského vyznání (31,58%). Překvapivé jsou také ojedinělé odpovědi respondentů buddhismu a hinduismu, kteří smrt vnímají jako úplné ukončení existence. Důvodem může snad být víra v dosažení nirvány, což úplné ukončení existence je.

Celkem 13 respondentů odpovědělo že smrt vnímá jinak. Bohužel, nikdo nepopsal, jak konkrétně smrt tedy vnímá.

Otázka číslo 8

Jak se stavíte k eutanazii?

Tab.15 Postoj k eutanazii u jednotlivých náboženství

	Absolutně ji odmítám		Za jistých okolností bych ji neodmítal(a)		Jsem pro její povolení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	11	61,11	7	38,89	0	0
Hinduismus	9	50	9	50	0	0
Islám	16	94,12	1	14,29	0	0
Křesťanství	16	84,21	3	15,79	0	0
Bez vyznání	0	0	9	47,37	10	52,63
celkem	52	57,14	29	31,87	10	10,99

Všechna zde zkoumaná náboženství mají v základech své víry úctu a ochranu života, jak lidského, tak i ostatních tvorů (buddhismus, hinduismus). U těchto náboženství bychom předpokládali výraznější záporný postoj vůči eutanazii. Proto je překvapivé, že odmítavější postoj vůči eutanazii vyjadřovali respondenti islámu a křesťanství. Obzvláště překvapivý je výsledek hinduistů, kteří by v 50% eutanazii za jistých okolností neodmítali.

Otázka číslo 9

Modlíte se v průběhu péče o pacienta?

Tab.16 Modlitby v průběhu péče o pacienta u jednotlivých náboženství

	Ano, modlím se pravidelně		Občas se pomodlím		Ne, nemodlím se	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	4	22,23	9	50	5	27,78
Hinduismus	6	33,33	7	38,89	5	27,78
Islám	8	47,06	5	29,41	4	23,53
Křesťanství	7	36,84	7	36,84	5	26,32
Bez vyznání	0	0	0	0	19	100
celkem	25	27,47	28	30,77	38	41,76

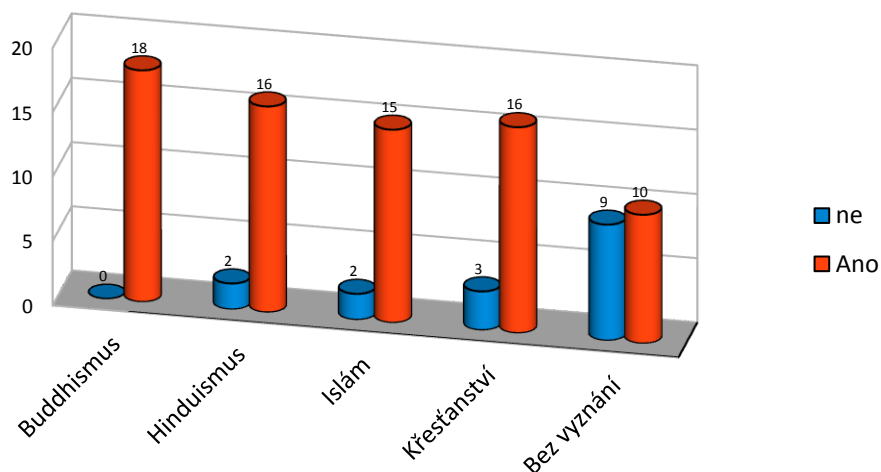
Nejvíce se v průběhu péče o pacienta modlí muslimové. Je s podivem, jak nízké procento pravidelných modliteb oproti islámu vyjadřují respondenti buddhismu, hinduismu a křesťanství. Zastoupení respondentů s náboženským vyznáním, kteří se v průběhu péče o pacienta nemodlí vůbec, je relativně vyrovnaný.

Otázka číslo 10

Pečujete o spirituální potřeby pacienta?

Tab.17 Porovnání péče o spirituální potřeby pacienta mezi jednotlivými náboženstvími

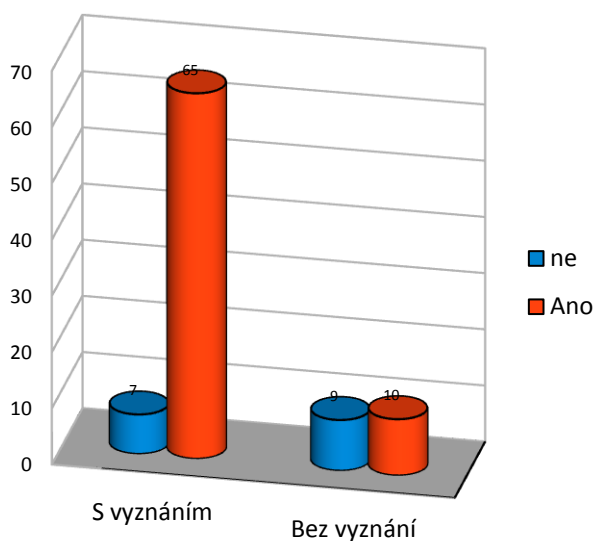
	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	18	100	0	0
Hinduismus	16	88,89	2	11,11
Islám	15	88,24	2	11,76
Křesťanství	16	84,21	3	15,79
Bez vyznání	10	52,63	9	47,37
celkem	75	82,42	16	17,58



Obr.5 Graf porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi jednotlivými náboženstvími

Tab.18 Porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost [%]	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost [%]	Relativní četnost [%]
S vyznáním	65	90,28	7	9,72
Bez vyznání	10	52,63	9	47,37
celkem	75	82,42	16	17,58



Obr.6 Graf porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Velmi zásadní otázkou výzkumu a jednou z hypotéz bylo zjistit rozdíly v péči o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez vyznání.

Podstatně více pečují o spirituální potřeby pacientů zdravotníci s náboženským vyznáním (90,28%). Výraznější rozdíly mezi jednotlivými náboženstvími se nevyskytovaly, pouze buddhisté odpovídali pouze kladně. Kladné odpovědi hinduistů, muslimů a křesťanů se pohybovaly obdobně mezi 84-89%. Pozitivním jevem je, že o spirituální potřeby pacientů pečuje více než polovina respondentů bez náboženského vyznání. Možným činitelem této situace je fakt, že příjmové anamnézy nemocnic mají pevně stanovenou otázku, zda si pacient přeje kontakt

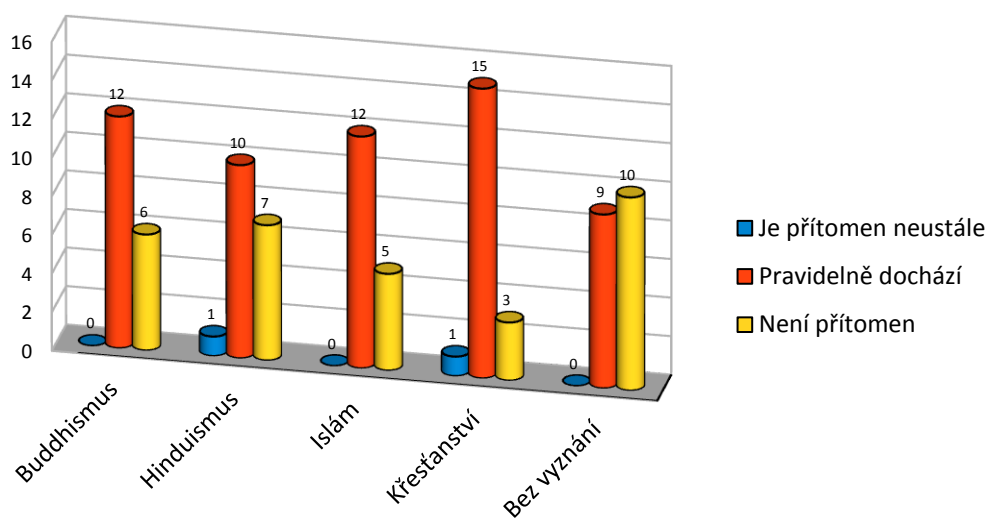
s duchovním. Je tedy otázkou, zda respondenti pečují o duchovní potřeby pacientů nemysleli tento dotaz v úvodu hospitalizace.

Otázka číslo 11

Je na oddělení k dispozici duchovní?

Tab.19 Přítomnost duchovního na nemocničním oddělení u jednotlivých náboženství

	Je přítomen neustále		Pravidelně dochází		Není přítomen	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	0	0	12	66,67	6	33,33
Hinduismus	1	5,56	10	58,82	7	38,89
Islám	0	0	12	70,59	5	29,41
Křesťanství	1	5,26	15	78,95	3	15,79
Bez vyznání	0	0	9	47,37	10	52,63
celkem	2	2,2	58		31	63,74



Obr.7 Graf přítomnosti duchovního na nemocničním oddělení u jednotlivých náboženství

Tab.20 Přítomnost duchovního na nemocničním oddělení – respondenti s náboženským vyznáním a bez vyznání

	Je přítomen neustále		Pravidelně dochází		Není přítomen	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
S vyznáním	2	2,78	49	68,06	21	29,17
Bez vyznání	0	0	9	47,37	10	52,63
celkem	2	2,2	58	63,74	31	32,97

Výsledky otázky na přítomnost duchovního na nemocničním oddělení jsou nelichotivé. Odpověď, že duchovní je přítomen neustále označilo pouhých 2,78% respondentů s vyznáním a nikdo z respondentů bez vyznání. Alarmující je také údaj 52,63% respondentů bez vyznání, že duchovní není přítomen vůbec.

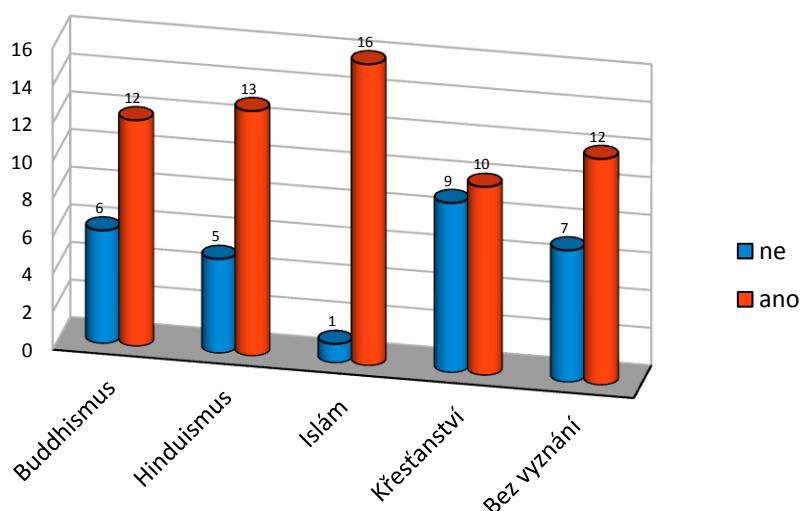
Ve výzkumném vzorku se vyskytovali respondenti pracující na psychicky velmi náročných odděleních, kde umírání rozhodně není vzácností (onkologie, hospic...). Přinejmenším z toho důvodu jsme čekali větší zastoupení neustálé přítomnosti duchovního.

Otázka číslo 12

Zapojuje se do péče o umírajícího pacienta i rodina pacienta?

Tab.21 Zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	12	66,67	6	33,33
Hinduismus	13	72,22	5	27,78
Islám	16	94,12	1	5,88
Křesťanství	10	52,63	9	47,37
Bez vyznání	12	63,16	7	36,84
celkem	63	69,23	28	30,77



Obr.8 Graf zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

Největší zapojení rodiny do péče o nemocného pacienta ukazují výsledky u muslimů (94,12%). Tento údaj je očekávatelný vzhledem k důležitému bodu islámu, dle kterého jsou věřící povinni starat se a pečovat o své příbuzné. Překvapivý je výsledek u křesťanů, kdy kladně odpovědělo pouze 52,63% respondentů. To je nejnižší výsledek ze všech skupin respondentů. Je s podivem, že více kladných odpovědí se vyskytlo i u respondentů bez vyznání.

Otázka číslo 13

Máte nějaké tradice, zvyky či rituály při péči o umírajícího?

Tab.22 Tradice, zvyky a rituály při péči o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	12	66,67	6	33,33
Hinduismus	5	29,41	13	72,22
Islám	15	88,24	2	11,76
Křesťanství	11	57,89	8	41,11
Bez vyznání	6	31,58	13	68,42
celkem	49	53,85	42	46,15

Tato práce se zabývá i konkrétními tradicemi a zvyklostmi péče. Je zajímavý velmi nízký podíl kladných odpovědí u hinduistů, prakticky shodný s odpověďmi respondentů bez vyznání. Dle výsledků se zvyklosti v péči o umírajícího u jednotlivých náboženství liší. Buddhisté kladou důraz hlavně na modlitby, pro muslimy je důležité předčítání Koránu a přítomnost rodiny a křesťané se hlavně modlí a vyžadují přítomnost kněze. Hinduisté jako jediní z respondentů kladou důraz na psychickou pohodu umírajícího.

Buddhističtí respondenti své odpovědi konkretizovali dodržováním náboženských rituálů (1 respondent), větším důrazem na psychické a spirituální potřeby (1 respondent), modlitbami (6 respondentů), meditacemi (1 respondent), polohou nemocného (1 respondent) a náboženskými předměty (1 respondent). Hinduističtí respondenti uváděli modlitby (1 respondent), praktikování zásad hinduistického náboženství (1 respondent) a důraz na psychickou pohodu nemocného (1 respondent). Muslimové uváděli modlitby (3 respondenti), četbu Koránu (5 respondentů), přítomnost rodiny (2 respondenti), omytí a oblečení (1 respondent), hovory o Bohu (1 respondent) a pacient obrácený obličejem k Mekce (2 respondenti). Křesťanští respondenti praktikují svíčky (2 respondenti), modlitby (3 respondenti), přítomnost kněze (2 respondenti) a 1 respondent umožňuje pacientovi vše, co si přeje.

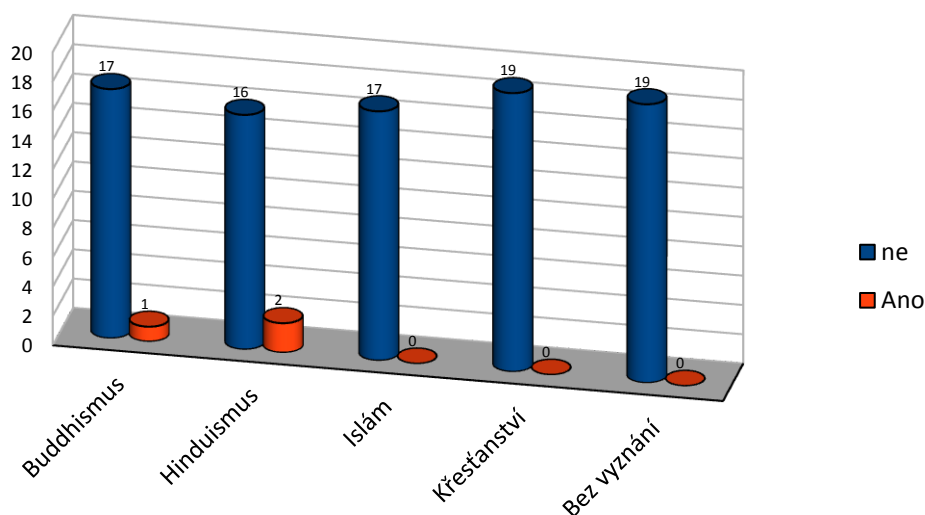
Respondenti bez vyznání pokládají k mrtvému tělu svíčku (1 respondent), umožňují mu vše, co si přeje (1 respondent), více s ním hovoří (1 respondent), dbají více na ošetrovatelskou péči než na léčbu (1 respondent) a kladou důraz na jeho pohodlí (1 respondent).

Otázka číslo 14

Zahrnujete do paliativní péče i své tradiční léčebné postupy?

Tab.23 Zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče u jednotlivých náboženství

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	1	5,56	17	94,44
Hinduismus	2	11,11	16	88,89
Islám	0	0	17	100
Křesťanství	0	0	19	100
Bez vyznání	0	0	19	100
celkem	3	3,3	88	96,7



Obr.9 Graf zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče u jednotlivých náboženství

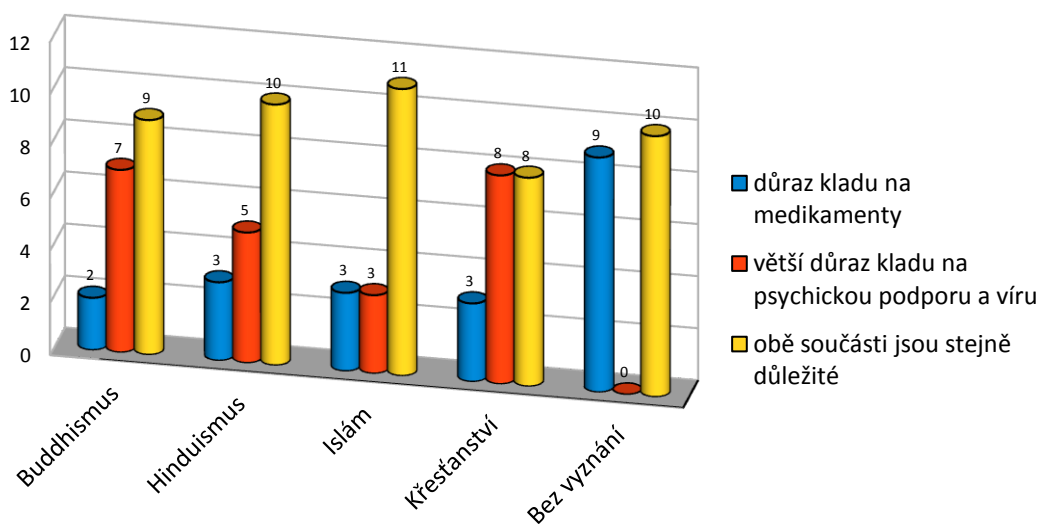
Prekvapivé byly odpovědi na otázku zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče. Zahrnuje ji do péče pouze 11,11% hinduistů a 5,56% buddhistů. Je s podivem, jak málo jsou tradiční léčebné systémy využívány v nemocniční praxi. Ayurvéda, fototerapie, akupunktura, akupresura, baňkování, reiki, moxování, japonské masáže a řada dalších zůstávají v moderní medicíně nevyužité.

Otázka číslo 15

Dáváte při péči o umírajícího větší důraz na medikamentózní léčbu nebo na víru a modlitby?

Tab.24 Důraz na medikamenty nebo na psychickou podporu a víru u jednotlivých náboženství

	Důraz kladu na medikamenty		Větší důraz kladu na psychickou podporu a víru		Obě součásti jsou stejně důležité	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	2	11,11	7	38,89	9	50
Hinduismus	3	16,67	5	27,78	10	55,56
Islám	3	17,65	3	17,65	11	64,71
Křesťanství	3	15,79	8	42,11	8	42,11
Bez vyznání	9	47,37	0	0	10	52,63
celkem	20	21,98	23	25,74	48	52,75



Obr.10 Graf kladení důrazu na medikamenty nebo psychickou podporu a víru u jednotlivých náboženství

Jednou z hypotéz výzkumu bylo, že hinduisté kladou při péči o umírajícího menší důraz na medikamenty. Na medikamenty však hinduisté kladou větší důraz než křesťané a buddhisté a téměř stejně jako muslimové.

Otázka číslo 16

Podáváte pacientům analgetika v rámci paliativní péče?

Tab.25 Četnost podávání analgetik v rámci paliativní péče u jednotlivých náboženství

	Ano, pravidelně, jsou nedílnou součástí léčby		Ano, jsou nedílnou součástí léčby, ale snažíme se je omezovat		Ne, snažíme se pacientovi ulehčit od bolesti jinými metodami	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	10	55,56	7	38,89	1	5,56
Hinduismus	9	50	9	50	0	0
Islám	7	41,18	10	58,82	0	0
Křesťanství	11	57,89	8	42,11	0	0
Bez vyznání	16	84,21	3	15,79	0	0
celkem	53	58,24	37	40,66	1	1,1

Je zajímavé, že i přes řadu alternativních způsobů tišení bolesti označilo variantu jiných metod pouze 5,56% respondentů buddhistického vyznání.

Otázka číslo 17

Je nutné, aby pacienta ošetřoval zdravotník stejného pohlaví?

Tab.26 Ošetřující zdravotník stejného pohlaví u jednotlivých náboženství

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	0	0	18	100
Hinduismus	0	0	18	100
Islám	17	100	0	0
Křesťanství	0	0	19	100
Bez vyznání	0	0	19	100
celkem	17	18,68	74	81,32

Problém shody pacientova a zdravotníkovy pohlaví řeší pouze muslimové. Na otázku, zda je nutné, aby pacient a zdravotník byli stejného pohlaví, odpověděli všichni muslimové kladně. To je předpokládaný výsledek, neboť cudnost a neodhalování se před opačným pohlavím je základem islámu.

Otázka číslo 18

Říkáte pacientovi vždy celou pravdu o jeho zdravotním stavu?

(tabulka viz str. 83)

Tab.27 Sdělování pravdy nemocnému o jeho zdravotním stavu u jednotlivých náboženství

	Ano, sdělujeme celou pravdu		Nesdělujeme		Říkáme jen nejnnutnější část pravdy, kterou pacient unese		Dle přání příbuzných	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	12	66,67	0	0	5	27,78	1	5,56
Hinduismus	12	66,67	0	0	5	27,78	1	5,56
Islám	11	64,71	0	0	6	35,29	0	0
Křesťanství	14	73,68	0	0	5	26,32	0	0
Bez vyznání	9	47,37	0	0	9	47,37	1	5,26
celkem	58	63,74	0	0	30	32,97	3	3,3

Tab.28 Sdělování pravdy nemocnému o jeho zdravotním stavu – respondenti s náboženským vyznáním a bez vyznání

	S vyznáním		Bez vyznání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano, sdělujeme celou pravdu	49	68,06	9	47,37
Nesdělujeme	0	0	0	0
Říkáme jen nejnútnejší část, kterou pacient unese	21	29,17	9	47,37
Dle přání příbuzných	2	2,78	1	5,26
celkem	72	79,12	19	20,88

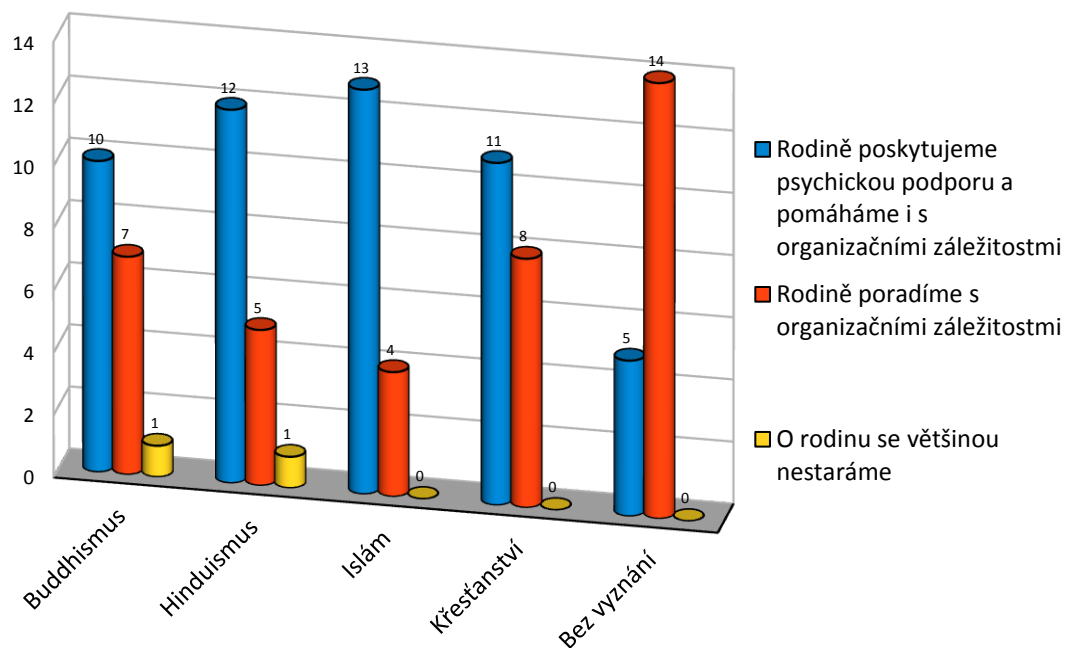
Je pozitivním zjištěním, že pouze 2 z respondentů s náboženským vyznáním a 1 bez vyznání se v otázce sdělování pravdy nemocnému řídí přáním příbuzných. Stejně tak je dobré, že se nevyskytla varianta, že pravdu nemocným nesdělují vůbec.

Otázka číslo 19

Poskytujete pomoc a péči i rodině a pozůstalým?

Tab.29 Pomoc rodině a pozůstalým u jednotlivých náboženství

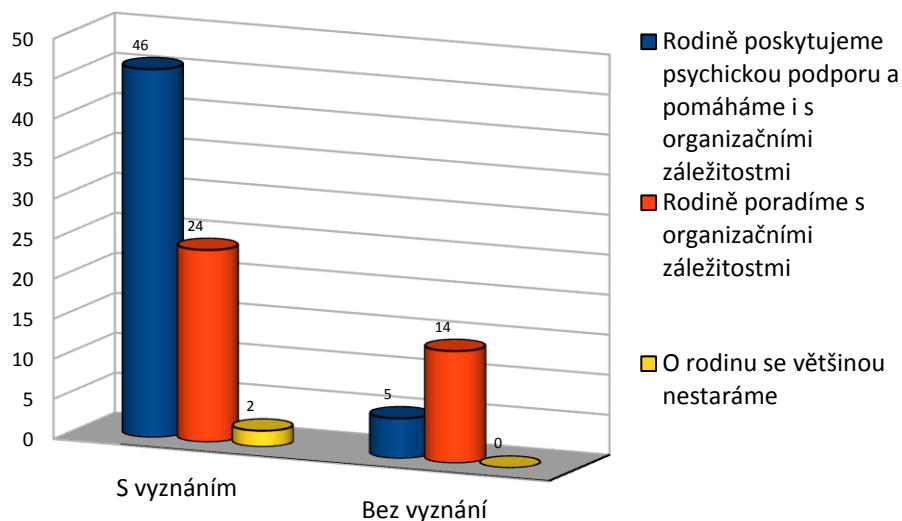
	Rodině poskytujeme psychickou podporu a pomáháme i s organizačními záležitostmi		Rodině poradíme s organizačními záležitostmi		O rodinu se většinou nestaráme	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	10	55,56	7	38,88	1	5,56
Hinduismus	12	66,67	5	27,78	1	5,56
Islám	13	76,47	4	23,53	0	0
Křesťanství	11	57,89	8	42,11	0	0
Bez vyznání	5	26,32	14	73,68	0	0
celkem	51	56,04	38	41,76	2	2,2



Obr.11 Graf poskytování pomoci rodině a pozůstalým u jednotlivých náboženství

Tab.30 Pomoc rodině a pozůstalým u respondentů s náboženským vyznáním a bez vyznání

	Rodině poskytujeme psychickou podporu a pomáháme i s organizačními záležitostmi		Rodině poradíme s organizačními záležitostmi		O rodinu se většinou nestaráme	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
S vyznáním	46	63,89	24	33,33	2	2,78
Bez vyznání	5	26,32	14	73,68	0	0
celkem	51	56,04	38	41,76	2	2,2



Obr.12 Graf poskytování pomoci rodině a pozůstalým u respondentů s náboženským vyznáním a bez vyznání

Pozitivním výsledkem je, že pouze 1 buddhista a 1 hinduista se o rodinu nestarají vůbec. Je dobré, že všechny skupiny respondentů se starají minimálně o organizační pomoc pozůstalým.

Výrazný je rozdíl v zastoupení varianty psychické i organizační podpory mezi respondenty s vyznáním a bez vyznání. Je zajímavé, že varianta žádné péče o rodinu se vyskytla pouze u respondentů s náboženským vyznáním, zatímco u respondentů bez vyznání vůbec.

Otázka číslo 20

Má vaše víra nějaká specifika v péči o mrtvé tělo?

Tab.31 Náboženská specifika v péči o mrtvé tělo

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	17	94,44	1	55,56
Hinduismus	14	77,78	4	22,22
Islám	17	100	0	0
Křesťanství	18	94,74	1	5,26
Bez vyznání	6	31,58	13	68,42
celkem	72	79,12	19	20,88

Je zajímavé, že 31,58% respondentů bez náboženského vyznání udává svá specifika v péči o mrtvé tělo a to hlavně otevírání oken. Všeobecně rozšířeným zvykem je rituální omytí, vyskytují se u všech náboženství kromě křesťanství. Křesťané dle výsledků vykazují nejvyšší zaměření na modlitby.

Jako konkrétní specifika respondenti uváděli různé úkony. Buddhisté omytí (5 respondentů), polohu (4 respondenti), modlitby (4 respondenti). Hinduisté modlitby (2 respondenti), omytí (1 respondent), zpěv (1 respondent), poloha zemřelého (1 respondent), mantry (1 respondent). Muslimové omytí (6 respondentů), oblečení (4 respondenti), modlitby (6 respondentů), četbu Koránu (1 respondent). Křesťané modlitby (11 respondentů), oblečení (2 respondenti), důstojné rozloučení (1 respondent), svíčku (1 respondent). Zajímavé byly odpovědi respondentů bez vyznání, kteří uváděli otevřené okno (5 respondentů), svíčku (2 respondenti) a ticho (1 respondent).

6.1 Vyhodnocení cílů a hypotéz

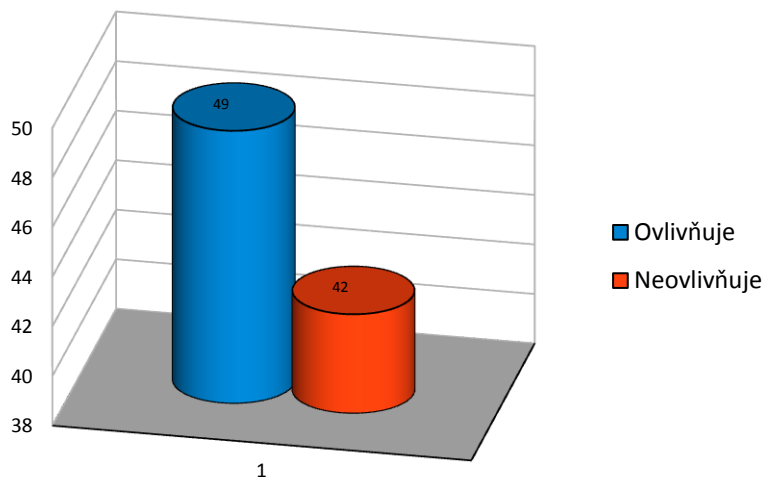
Výzkumný předpoklad číslo 1

V prvním výzkumném předpokladu předpokládáme, že náboženské vyznání sestry ovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče. Výzkumný předpoklad jsme ověřovali otázkou č.1. 53,68% respondentů (49 respondentů) z celkového počtu si myslí, že jejich náboženská víra ovlivňuje způsob poskytování ošetrovatelské péče.

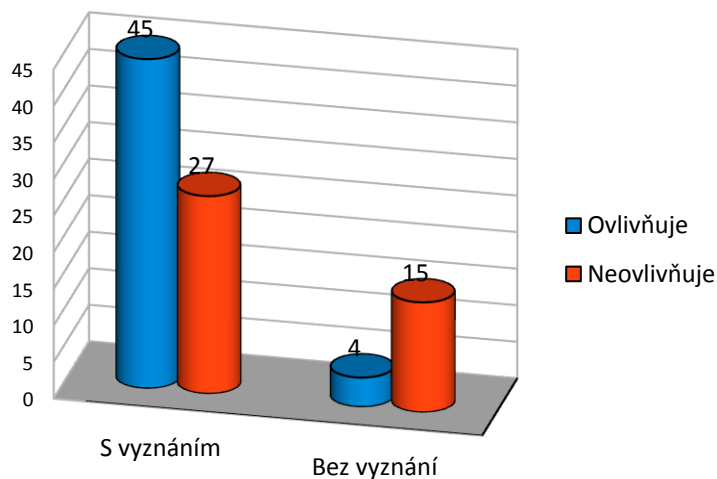
Výsledky výzkumu jsou v souladu s výzkumným předpokladem č.1.

Tab.32 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 1

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ovlivňuje	49	53,85
Neovlivňuje	42	46,15
celkem	91	100



Obr.13 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou všemi respondenty



Obr.14 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Hypotéza číslo 1:

Náboženský postoj má větší vliv na poskytování péče u sester s náboženským vyznáním než u sester bez náboženského vyznání ($\bar{X}_v > \bar{X}_b$).

Tab.33 Statistické zhodnocení hypotézy č.1

	S vyznáním	Bez vyznání	
Ovlivňuje	45	4	
Neovlivňuje	27	15	
n_v	72	19	n_b
p_v	0,63	0,21	p_b
\bar{X}_v	0,63	0,21	\bar{X}_b
S_v^2	0,23	0,17	S_b^2
S^2	0,22		
n_v+n_b-2	89		
$t(91)_{0,95}$	1,66		
T	3,42		

Na základě statistického zhodnocení ($T = 3,42 > t(91)_{0,95} = 1,66$) byla hypotéza č.1 potvrzena.

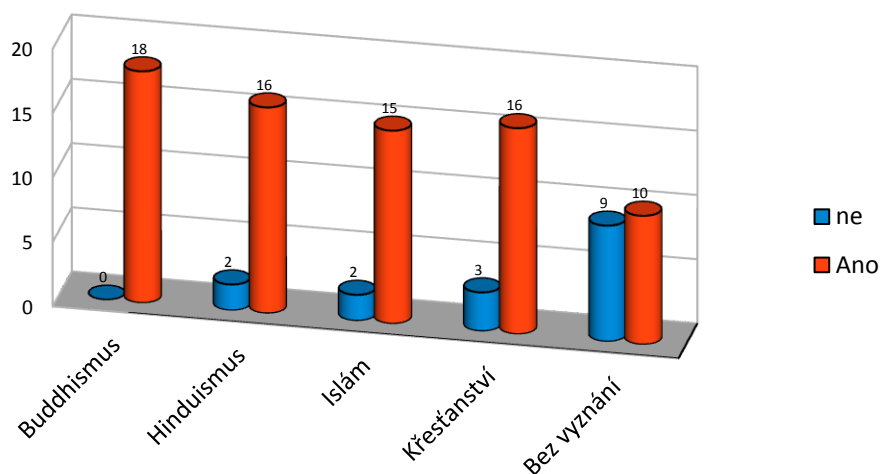
Výzkumný předpoklad číslo 2

Ve výzkumném předpokladu č.2 se domníváme, že sestra náboženského vyznání bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez vyznání. Zajímala nás péče o spirituální potřeby pacienta. K ověření výzkumného předpokladu byla určena otázka č.10. Respondenti bez náboženského vyznání odpovídali kladně v 52,63% (10 respondentů), buddhisté ve 100%, hinduisté v 88,89% (18 respondentů), muslimové v 88,24% (15 respondentů) a křesťané v 84,21% (16 respondentů). Respondenti bez náboženského vyznání odpovídali kladně pouze v 52,63% (10 respondentů).

Výsledky výzkumu jsou v souladu s výzkumným předpokladem č.2.

Tab.34 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 2

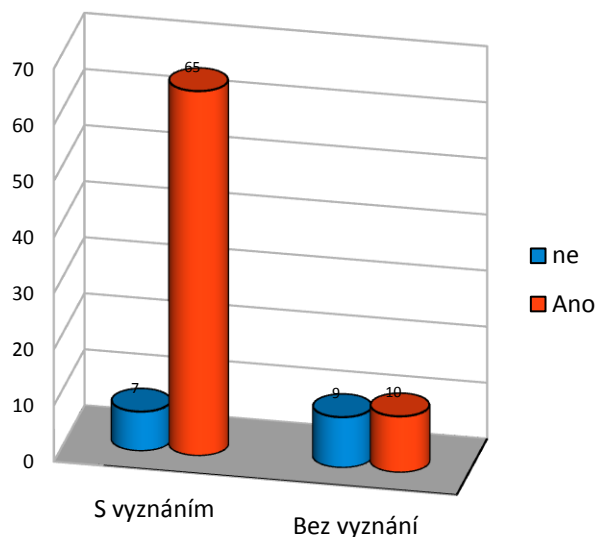
	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	18	100	0	0
Hinduismus	16	88,89	2	11,11
Islám	15	88,24	2	11,76
Křesťanství	16	84,21	3	15,79
Bez vyznání	10	52,63	9	47,37
celkem	75	82,42	16	17,58



Obr.15 Graf péče o spirituální potřeby pacienta u jednotlivých náboženství

Tab.35 Péče o spirituální potřeby pacienta u respondentů s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

	Ano		ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
S vyznáním	65	90,28	7	9,72
Bez vyznání	10	52,63	9	47,37
celkem	75	82,42	16	17,58



Obr.16 Graf porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Hypotéza číslo 2:

Sestra s náboženským vyznáním bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez náboženského vyznání ($\bar{X}_v > \bar{X}_b$).

Tab.36 Statistické zhodnocení hypotézy č.2

	S vyznáním	Bez vyznání	
Ovlivňuje	65	10	
Neovlivňuje	7	9	
n_v	72	19	n_b
p_v	0,9	0,53	p_b
\bar{X}_v	0,9	0,53	\bar{X}_b
S_v^2	0,09	0,25	S_b^2
S^2	0,12		
n_v+n_b-2	89		
$t(89)_{0,95}$	1,66		
T	4,21		

Na základě statistického zhodnocení ($T = 4,21 > t(89)_{0,95} = 1,66$) byla hypotéza č.2 potvrzena.

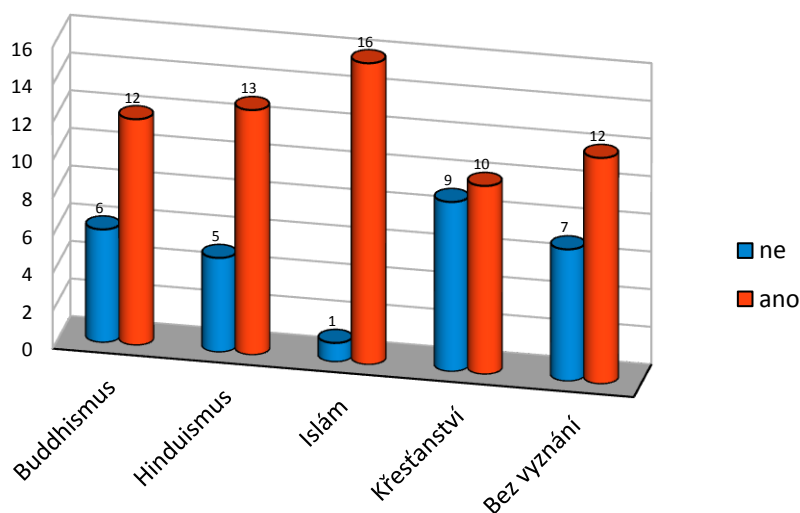
Výzkumný předpoklad číslo 3

Ve výzkumném předpokladu č.3 předpokládáme vyšší míru zapojení rodiny do péče o nemocného pacienta v islámském náboženství než u rodiny bez náboženského vyznání. K ověření výzkumného předpokladu byla určena otázka č.12. Na otázku, zda se do péče o umírajícího pacienta zapojuje i jeho rodina, odpovědělo kladně 94,12% muslimských respondentů (16 respondentů), zatímco respondentů bez vyznání pouze 63,16% (12 respondentů).

Výsledky výzkumu jsou v souladu s výzkumným předpokladem č.3.

Tab.37 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 3

	Ano		Ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Islám	16	94,12	1	5,88
Bez vyznání	12	63,16	7	36,84
celkem	28	77,78	8	22,23



Obr.17 Graf zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

Hypotéza číslo 3:

V islámském náboženství je vyšší míra zapojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání ($\bar{X}_v > \bar{X}_b$).

Tab.38 Statistické zhodnocení hypotézy č.3

	Islám	Bez vyznání	
Ano	16	12	
Ne	1	7	
n_v	17	19	n_b
p_v	0,94	0,63	p_b
\bar{X}_v	0,94	0,63	X_b
S_v^2	0,06	0,23	S_b^2
S^2	0,15		
n_v+n_b-2	34		
$t(34)_{0,95}$	1,69		
T	2,4		

Na základě statistického zhodnocení ($T = 2,4 > t(34)_{0,95} = 1,69$) byla hypotéza č.3 potvrzena.

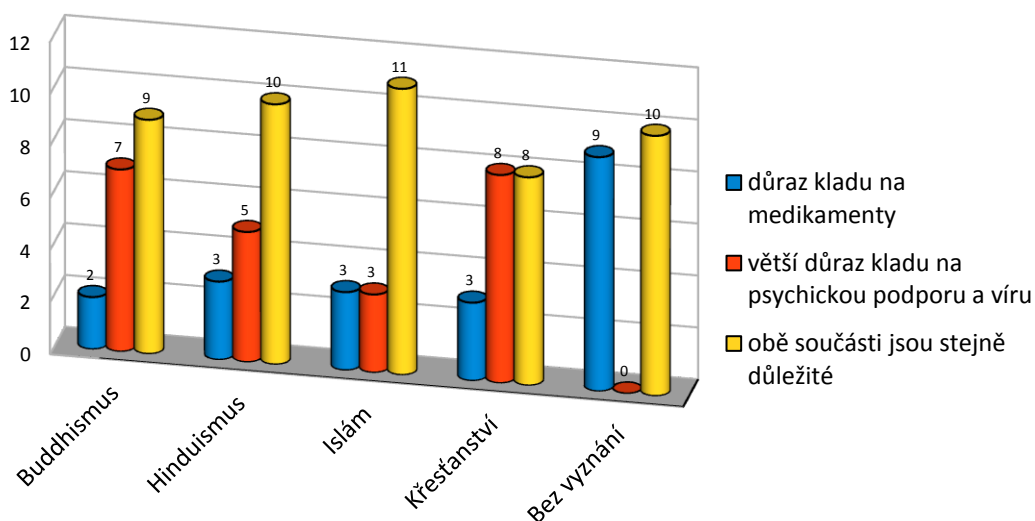
Výzkumný předpoklad číslo 4

Výzkumný předpoklad č.4 předpokládá menší důraz na medikamentózní léčbu u sester hinduistického náboženství. K ověření výzkumného předpokladu byla určena otázka č.15. Hinduisté kladou při léčbě větší důraz na medikamenty v 16,67% (3 respondenti), zatímco křesťané v 15,79% (3 respondenti) a buddhisté dokonce v 11,11% (2 respondenti).

Výsledky výzkumu jsou v rozporu s výzkumným předpokladem č.4.

Tab.39 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 4

	Důraz kladu na medikamenty		Větší důraz kladu na psychickou podporu a víru		Obě součásti jsou stejně důležité	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus	2	11,11	7	38,89	9	50
Hinduismus	3	16,67	5	27,78	10	55,56
Islám	3	17,65	3	17,65	11	64,71
Křesťanství	3	15,79	8	42,11	8	42,11
Bez vyznání	9	47,37	0	0	10	52,63
celkem	20	21,98	23	25,74	48	52,75



Obr.18 Graf kladení důrazu na medikamenty nebo na psychickou podporu a víru u jednotlivých náboženství

Hypotéza číslo 4:

U sester hinduistického vyznání je kladen menší důraz na medikamentózní léčbu než u ostatních respondentů ($\bar{X}_v > \bar{X}_b$).

Tab.40 Statistické zhodnocení hypotézy č.4

	Hinduismus	Ostatní	
Medikamenty, obě jsou stejně důležité	13	55	
Psychická podpora a víra	5	18	
n_v	18	73	n_b
p_v	0,72	0,75	p_b
\bar{X}_v	0,72	0,75	X_b
S_v^2	0,2	0,19	S_b^2
S^2	0,19		
n_v+n_b-2	89		
$t(89)_{0,95}$	1,66		
T	0,27		

Na základě statistického zhodnocení ($T = 0,27 < t(89)_{0,95} = 1,66$) byla hypotéza č.4 vyvrácena.

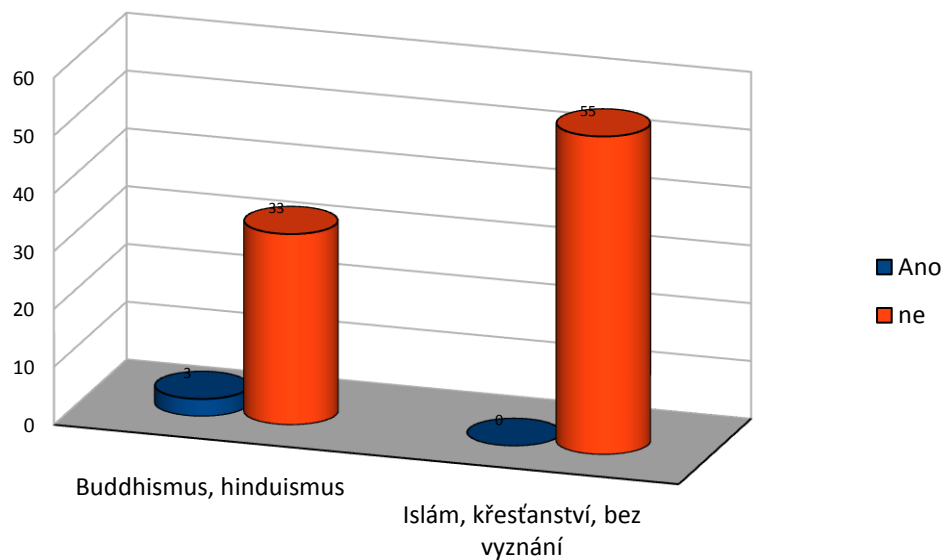
Výzkumný předpoklad číslo 5

Ve výzkumném předpokladu č.5 předpokládáme častější využití tradičních léčebných systémů u východních náboženství. K ověření výzkumného předpokladu byla určena otázka č.14. Tradiční léčebné postupy do paliativní péče zahrnuje 5,56% respondentů buddhismu, hinduismu a islámu (3 respondenti), zatímco křesťanů 0%.

Výsledky výzkumu jsou v souladu s výzkumným předpokladem č.5.

Tab.41 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 5

	Ano		ne	
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Buddhismus, hinduismus	3	8,33	33	91,67
Islám, křesťanství, bez vyznání	0	0	55	100
celkem	3	3,3	88	96,7



Obr.19 Graf zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče mezi respondenty buddhismu, hinduismu a respondenty islámu, křesťanství, bez vyznání

Hypotéza číslo 5:

U východních náboženství jsou tradiční léčebné systémy využívány častěji než u ostatních náboženství a sester bez náboženského vyznání ($\bar{X}_v > \bar{X}_b$).

Tab.42 Statistické zhodnocení hypotézy č.5

	Buddhismus, hinduismus	Islám, křesťanství, bez vyznání	
Ano	3	0	
Ne	33	55	
n_v	36	55	n_b
p_v	0,08	0	p_b
\bar{X}_v	0,08	0	\bar{X}_b
S_v^2	0,08	0	S_b^2
S^2	0,03		
n_v+n_b-2	89		
$t(89)_{0,95}$	1,66		
T	2,24		

Na základě statistického zhodnocení ($T = 2,24 > t_{(89)0,95} = 1,66$) byla hypotéza č.5 potvrzena.

7 Diskuze

Výsledky první hypotézy, zda si respondenti myslí, že náboženská víra ovlivňuje způsob poskytování péče, přinesly zajímavý výsledek, kdy si 37,5% respondentů s náboženským vyznáním myslí, že víra způsob péče neovlivňuje. Je s podivem, jak vyrovnané odpovědi na tuto otázku byly. Tato otázka byla pravděpodobně ovlivněna jejím individuálním pochopením. Náboženská víra jistě způsob poskytování péče ovlivňuje, neboť každé náboženství má své specifické zvyklosti a tradice při péči, jak ukazuje i tato práce. Pokud však respondenti chápali otázku tak, zda by se kvalita péče lišila, pokud by byli náboženského vyznání či ne, odpovědi se budou lišit.

Hypotéza číslo dvě, dle které je kladen větší důraz na spirituální potřeby pacienta u sester s náboženským vyznáním než u sester bez vyznání, dopadla dle očekávání. Větší důraz na spirituální potřeby kladou zdravotníci s náboženským vyznáním, avšak zdravotníci bez vyznání tyto potřeby nezanedbávají úplně. Více jak polovina respondentů bez náboženského vyznání o spirituální potřeby pečuje také, je však otázkou, co respondenti považují za péči. Většina nemocnic má v příjmových ošetřovatelských anamnézách pevně definovaný dotaz, zda si pacient kontakt s duchovním přeje. Tento dotaz je pouze začátkem péče o duchovní potřeby, nelze ho zaměňovat za kvalitní péči, pokud i nadále nesledujeme pacientův duchovní stav a případné neuspokojení v této oblasti. Pokud tedy respondenti považovali za péči o duchovní potřeby pouze dotaz, zda si nemocný přeje kontakt s duchovním, bude výsledek otázky zkreslen.

Stejně tak dopadla dle očekávání také hypotéza číslo tři, která tvrdí, že v islámském náboženství je vyšší míra zapojení rodiny do péče než u rodiny bez náboženského vyznání. Islám má v základech své víry stanovenou povinnost pečovat o své nemocné příbuzné, nedodržení tohoto nařízení je závažným prohřeškem vůči víře a Alláhovi. Příkázání Alláha jsou zákonem, kterým se muslimové bezpodmínečně řídí. V prostředí českých nemocnic však situace, kdy u lůžka nemocného je stále přítomno několik členů rodiny, může vyvolat problémy. Zdravotníci by však měli této situace využít a naopak rodinu v péči podporovat a umožnit jim poskytovat péči svému příbuznému, neboť i pro něj to bude jistě příjemnější.

Hypotéza číslo čtyři nebyla potvrzena. Dle ní kladou sestry hinduistického náboženství menší důraz na medikamentózní léčbu než ostatní respondenti. Možným vysvětlením je významný technologický a lékařský pokrok, který jiné možnosti léčby

utlačuje do pozadí. Respondenty byly sestry pracující ve velkých a moderních zdravotnických zařízeních, ve kterých tradice a alternativní metody léčby nemají vždy silné zastoupení. Z vlastní zkušenosti z japonské nemocnice vím, že např. akupunktura, tradiční součást japonské medicíny, je v nemocniční praxi využívána jen velmi omezeně. Věnují se jí pouze odborníci, kterých však není mnoho. Je možné, že odpovědi respondentů neodpovídaly jejich náboženským zvyklostem, ale popisovaly zvyklosti jejich zdravotnického zařízení, které nemusí být tradičně hinduistické.

Velmi překvapivý byl výsledek otázky na zahrnování tradičních léčebných postupů do péče. Hypotéza sice byla potvrzena, ale kladných odpovědí bylo velice málo. Je s podivem, jak ayurvéda, fototerapie, akupunktura, akupresura, baňkování, reiki, moxování, japonské masáže a řada dalších zůstávají v moderní medicíně nevyužité. Toto potvrzuje i výsledek hypotézy číslo čtyři.

V celém výzkumu a výsledcích musíme brát v potaz odlišné národnosti respondentů stejného náboženství. Odpovědi respondentů mohou být ovlivněny odlišnými zvyklostmi jednotlivých zemí, které nemusí být charakteristické náboženstvím respondenta. Při dalším pokračování tohoto výzkumu by bylo vhodné zohlednit i zemi, ze které respondent pochází, neboť to byl jistě významný činitel odpovědí.

Samotný výzkum je jistě také ovlivněn počtem respondentů. Každou z pěti skupin tvořilo sedmnáct až devatenáct respondentů, což celkově sice tvoří početnou skupinu, avšak jednotlivé skupiny by vyžadovaly počet respondentů vyšší.

8 Závěr

V teoretické části byla charakterizována jednotlivá náboženství, principy víry a zvyklosti týkající se náboženského denního života, specifických tradic a hlavně zvyklostí týkajících se péče o nemocného, o mrtvé tělo a pohřebních zvyklostí. V empirické části byly vyhodnocovány výsledky výzkumu a hypotézy statisticky vyhodnoceny. Respondentů bylo celkem 91. Byli rozdělených dle náboženské víry do pěti skupin. Stanoveno bylo pět hypotéz:

- Hypotéza číslo 1: Náboženský postoj má větší vliv na poskytování péče u sester s náboženským vyznáním než u sester bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 2: Sestra s náboženským vyznáním bude klást větší důraz na spirituální potřeby pacienta než sestra bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 3: V islámském náboženství je vyšší míra zapojení rodiny do ošetrovatelské péče než u rodiny bez náboženského vyznání.
- Hypotéza číslo 4: U sester hinduistického vyznání je kladen menší důraz na medikamentózní léčbu než u ostatních respondentů.
- Hypotéza číslo 5: U východních náboženství jsou tradiční léčebné systémy využívány častěji než u ostatních náboženství a sester bez náboženského vyznání.

Potvrzeny byly hypotézy č.1, 2, 3 a 5. Vyvrácena byla hypotéza č.4.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že náboženské vyznání péči o pacienty ovlivňuje. Víra má vliv na přístup k životu a smrti, konkrétní činnosti týkající se péče o mrtvé tělo a řadu dalších. Vzhledem k výsledkům však nelze říct, že by lepšími zdravotníky byli lidé s náboženským vyznáním. Důležitější je osobnost jednotlivce a osobní zaujetí pro práci. Náboženské vyznání má dle výsledků vliv také na péči o spirituální potřeby pacienta. Zdravotníci bez náboženského vyznání však o ně také pečují, avšak ne již v takové míře, jako zdravotníci s náboženským vyznáním. Pozitivním zjištěním je míra zapojení rodiny do péče o nemocného pacienta, kde ale bylo překvapivé nejnižší zastoupení péče rodiny u křesťanů. I respondenti bez náboženského vyznání pečují o své nemocné příbuzné více. Stejně překvapivým zjištěním bylo nevyužívání tradičních léčebných systémů. Zvláštní je také výsledek otázky na existenci uceleného konceptu paliativní péče, kde nejvíce kladných odpovědí udávali muslimové (76,47%), zatímco náboženství tradičně považována za příkladná v péči o bližní, jako jsou buddhismus a křesťanství, zaostávají ve výskytu uceleného konceptu paliativní péče za islámem. Otázkou však je, zda je to opravdu obraz nedostatečně propracované

tématiky paliativní péče, či pouze osobní neznalost takového konceptu. Stejně tak je výsledek jistě ovlivněn rozličnou národností respondentů, kteří však vyznávají stejné náboženství.

Důležitým tématem paliativní péče je prostředí, ve kterém je poskytována. V našem výzkumu jsme se dotazovali na místo, kde je většinou realizována péče o umírající. Výzkum přinesl výsledky, že nejvyšší zastoupení domácí péče na péči o umírajícího pacienta má islám (76,47%). Překvapivý je relativně nízký podíl u buddhismu (38,89%), hinduismu (16,67%) a obzvláště křesťanství (5,26%). Křesťanství má dokonce druhý nejvyšší podíl nemocniční péče (84,21%). Péče ve specializovaných zařízeních se u všech skupin respondentů pohybuje zhruba stejně, mezi 10-11%, pouze buddhismus má více (16,67%). To může být zapříčiněno celkovým pokrokem medicíny a zájmem o rozvoj kvalitní paliativní péče, který je ale pozvolný.

Paliativní péče je nesmírně náročnou profesí a je nutné se s ní nějak vyrovnat. Pouze 59,72% respondentů náboženského vyznání označilo variantu, že jim pomáhá jejich náboženství, což je zajímavý výsledek. Velmi podobného výsledku totiž dopadla i varianta zachovávání profesionálního odstupu, kterou označilo 48,61% respondentů s náboženským vyznáním. Jen velmi malý počet respondentů využívá při své práci služeb psychologa (7,69%).

Počet respondentů, kteří do paliativní péče aplikují své náboženské tradice a zvyky je hluboce pod očekávání. Pouze 58,33% z nich odpovědělo kladně. Čekali jsme výraznější zastoupení kladných odpovědí. Zdravotníci možná svou víru vnímají jako osobní věc, kterou nechťejí nikomu nutit, avšak paliativní péče je jeden z oborů, kde duchovní potřeby a víra získávají na důležitosti.

Ve výzkumu nás zajímalo vnímání smrti. Je zajímavé, že třetina respondentů bez náboženského vyznání (31,58%) vnímá smrt jako přechod na jiný způsob existence.

V otázce eutanazie jsou respondenti s náboženským vyznáním většinou zcela proti, avšak počet těch, kteří by ji za jistých okolností neodmítali, není zcela zanedbatelný. Jedná se o 38,89% buddhistů, 50% hinduistů a 15,57% křesťanů. Z muslimských respondentů tuto variantu označil pouze jeden (14,29%) a z respondentů bez náboženského vyznání 47,37%. Pro její povolení byli pouze respondenti bez náboženského vyznání (52,63%).

K zamyšlení jsou výsledky otázky na přítomnost duchovního na oddělení. Odpověď, že duchovní je přítomen neustále, označilo pouhých 2,78% respondentů s vyznáním a nikdo z respondentů bez vyznání. Alarmující je také údaj 52,63%

respondentů bez vyznání, že duchovní není přítomen vůbec. Ve výzkumném vzorku se vyskytovali respondenti pracující na psychicky velmi náročných odděleních, kde umírání rozhodně není vzácností (onkologie, hospic...). Přinejmenším z toho důvodu jsme čekali větší zastoupení neustálé přítomnosti duchovního.

Jak již bylo řečeno, konkrétní zvyklosti péče se u jednotlivých náboženství liší. Buddhisté kladou důraz hlavně na modlitby, pro muslimy je důležité předčítání Koránu a přítomnost rodiny a křesťané se hlavně modlí a vyžadují přítomnost kněze. Hinduisté jako jediní z respondentů kladou důraz na psychickou pohodu umírajícího.

V dnešní době je častým tématem diskuzí sdělování pravdy nemocným. Ne všichni zdravotníci dokáží sdělovat pravdu šetrně, s ohledem na pacientovy možnosti. Z toho důvodu se mohou chtít uchýlit k částečné pravdě, či úplnému zamlčování. Je však pozitivním zjištěním, že pouze 2 z respondentů s náboženským vyznáním a 1 bez vyznání se v otázce sdělování pravdy nemocnému řídí přáním příbuzných. Stejně tak je dobré, že se nevyskytla varianta, že pravdu nemocným nesdělují vůbec.

Práce zdravotníků by neměla končit vyléčením nebo úmrtím nemocného. Pokud zemře pacient, většinou po sobě zanechává truchlící rodinu a přátele, kteří potřebují také pomoci. Proto je pozitivním výsledkem je, že pouze 1 buddhista a 1 hinduista se o rodinu nestarají vůbec. Je dobré, že všechny skupiny respondentů se starají minimálně o organizační pomoc pozůstalým. Výrazný je rozdíl v zastoupení varianty psychické i organizační podpory mezi respondenty s vyznáním a bez vyznání (s vyznáním 63,89%, bez vyznání 26,32%). Oproti tomu je však zajímavé, že varianta žádné péče o rodinu se vyskytla pouze u respondentů s náboženským vyznáním, zatímco u respondentů bez vyznání vůbec.

Výzkum potvrdil řadu faktů, která se o daných náboženství již tradovala. Přinesl však také informace vyvracející některé zažitě představy. Zdravotníci by tedy měli být dostatečně vzděláni v problematice jednotlivých náboženství, a následně i multikulturního ošetřovatelství, aby mohli poskytovat kvalitní péči.

Tato práce může být úvodní motivací a uceleným zdrojem informací důležitých pro péči o pacienta odlišné náboženské víry.

8.1 Doporučení pro praxi

Zdravotníci jsou při svém studiu vzdělávání o problematice multikultury. Již na středních zdravotnických školách je téma multikulturního ošetřovatelství zahrnuto v osnovách. Ne všichni zdravotníci se však s cizinci setkávají často a naučené, avšak jen občas využívané informace mohou být brzy zapomenuty. Bylo by proto vhodné zajistit snadnou a neustálou dostupnost potřebných informací. Vhodnými prostředky mohou být jednoduché brožury se základními informacemi, dostupné na každém nemocničním oddělení. Možným řešením je také vytvoření specializovaných internetových stránek zabývajících se touto problematikou. Pokud takové možnosti nejsou, zdravotníci by se neměli bát zeptat samotného pacienta. Předejdou tím řadě nedorozumění a nepříjemných situací pro sebe i pacienta. Nezastupitelným článkem péče o pacienty jiných náboženství (a ve většině případů tedy i jiných kultur a národností) je možnost využití služeb tlumočnicka, kterých je však ve zdravotnických zařízeních dlouhodobý nedostatek.

V péči o nemocné odlišných náboženství je důležité brát ohled na mnohé odlišnosti, které se týkají všech oblastí běžného života. Mezi tyto oblasti patří hlavně výživa, oblékání a v této práci individuální zvyklosti v péči o nemocné a pohřební zvyklosti. Shrňme si tedy ty nejzákladnější informace.

Hinduisté se na smrt připravují recitací manter, či zpíváním náboženských písní. Umírající je obklopen náboženskými předměty. S touto přípravou pomáhá umírajícímu rodina. Cílem posledních chvil je soustředit svou mysl k bohu, v tuto chvíli je osobní pohodlí druhořadé. Úkolem zdravotníků by tedy mělo být zajistit klid a přítomnost rodiny. V Indii je využívána voda z posvátné řeky Gangy, která smazává hříchy, avšak v místech, kde ji nelze použít, lze využít i obyčejnou vodu. Voda má být vlita umírajícímu do úst. Je vhodné neobávat se zeptat na individuální zvyklosti, neboť hinduisté tvoří velmi rozsáhlou skupinu, individuální zvyklosti se mohou mírně lišit. Hinduisté nejčastěji praktikují pohřeb kremací. Kremace probíhá na ozdobené hranici, ideálně poblíž vody. Pohřeb je prožíván velmi emotivně. Po kremaci má být popel ideálně rozptýlen v řece Ganze, aby duše došla spásy. Gangy však lze však i v tomto případě nahradit jiným vodním tokem. Pozůstalí budou chtít zemřelého co nejdříve zpopelnit a jeho popel rozptýlit do vody, aby duše došla spásy. Po pohřbu rodina drží smutek, během kterého probíhá řada smutečních obřadů. Období smutku je zakončeno obřadem a hostinou. Hinduisté se vyhýbají hovězímu masu nebo bývají

vegetariány. Je tedy důležité zajistit odpovídající stravu. V případě nejasností se lze obrátit na Českou hinduistickou náboženskou společnost (viz příloha č.5 Kontaktní centra v České republice).

Buddhismus zahrnuje více směrů, jejichž zvyklosti se mohou lišit. Zdravotníci by se tedy neměli obávat zeptat na konkrétní pacientovy zvyklosti a požadavky. Buddhisté často vstávají brzy ráno a modlí se. Měl by jim být zajištěn klid pro modlitbu a umožněna přítomnost náboženských předmětů. V době buddhistických svátků mohou odmítat léčebné výkony a vyšetření. V péči o nemocné se snaží vyhýbat léčebným extrémům a zbytečným léčebným zákrokům a postupům. Péče o umírajícího buddhistu zahrnuje řadu rituálů týkajících se polohy nemocného, oděvu, modliteb. Umírající je uložen do polohy zvané „spící lev.“ Umírající leží na pravém boku, levá ruka je položena na levém stehně, pravá ruka pod bradou a uzavírá pravou nosní díрку, nohy jsou nataženy a velmi lehce pokrčeny. V pokoji nemocného jsou rozmístěny různé náboženské předměty a zapalují se vonné směsi, odhánějící zlo. U nemocného je přítomna rodina a mnich, recitující mantry. V okamžiku smrti mnich svaží zemřelému rty, a poté předčítá devětačtyřicet dnů žalmy z Knihy mrtvých, nejdříve nad zemřelým, a poté nad jeho podobiznou. Tři dny zůstává tělo doma a nikdo se ho nedotýká, poté je omyto a oblečeno. Po úmrtí může rodina požadovat třídní odklad posmrtné péče, či co nejrychlejší převoz do domácího prostředí. Pohřebních zvyklostí je více, pohřeb může probíhat do země, vody, vzduchu a ohně. Buddhisté u mrtvého těla neprojevují smutek a emoce, aby nebránili duši zemřelého v odchodu. Zdravotníky by to nemělo překvapovat. Buddhisté jsou často vegetariány, je potřeba zajistit odpovídající stravu. I v případě nejasností ohledně buddhismu se lze obrátit se na Centra buddhismu, která mají sídlo v Praze a Brně (viz příloha č.5 Kontaktní centra v České republice).

Praktikující **křesťané** se modlí několikrát denně, je důležité zajistit jim klidné místo a soukromí. Vážně nemocným křesťanům je určena svátost nemocných, kterou uděluje kněz. Jejím cílem je podpora vážně nemocných. Svátosti nemocných obvykle předchází zpověď a uzavírá mše svatá. Vážně nemocný křesťan se před smrtí bude chtít vyzpovídat. Kněz bývá často přítomen ve větších zdravotnických zařízeních, v menších může být potřeba zkontaktovat farní obec nebo konkrétního kněze, ke kterému nemocný chodil. Konkrétní zvyklosti se liší dle konkrétní větve křesťanství, ke které křesťan patří. Jiné zvyklosti mají katolíci, protestanti a pravoslavní. Křesťané nemají žádná

omezení ve stravování. Dodržují ale půst před mší svatou a o Velikonocích. Před mší svatou se udržuje hodinový půst, který ale nezahrnuje vodu a léky. Nemocní dodržují půst čtvrt hodiny. Křesťané preferují klasický pohřeb v rakvi. Kremace je často vnímána jako popření duše zemřelého. Dnes je ale pravidelně prováděna a i církví oficiálně povolena.

Muslimové dodržují řadu společenských praktik a zvyklostí, jejichž porušení může být vnímáno jako těžká urážka. Při kontaktu s muslimským pacientem je důležité projevovat zájem, vhodné je se mírně uklonit a přiložit pravou ruku k srdci. Velmi nevhodné je dívat se do očí pacientovi opačného pohlaví či stát s rukama v bok, muslimové to vnímají jako projev neúcty až arogance. Levá ruka je muslimy vnímána jako nečistá. Pokud tedy budeme pacientovi např. podávat léky levou rukou, nepřijme je. Projevem úcty je podávat předměty oběma rukama. Velmi důležité je dbát na zákaz kontaktu muslimské pacientky se zdravotníkem – mužem. Není vhodné pacientku na pokoji navštěvovat, pokud je zrovna sama. To lze pouze v případě vysloveného souhlasu od manžela, otce či bratra. Za ženu - muslimku často ve všem rozhoduje a jedná její manžel, otec či bratr. Muslimové neradi poskytují informace o své rodině či intimních záležitostech. Pokud nejsou tyto informace nutné, neměli by je zdravotníci vyžadovat. Pokud ano, je důležité vysvětlit, proč je potřebují vědět. Problémem muslimských žen může být ztráta intimity. Muslimské ženy jsou většinou zvyklé neodkrývat více, než obličej, problém tedy může nastat při nošení nemocniční košile, tzv. „anděla.“ V tomto případě bychom pacientce měli umožnit co nejvíce používat její vlastní oblečení. Tradiční oděv ale mohou vyžadovat i muži. Nezbytné je zajištění vhodné stravy, obzvláště se vyhnout vepřovému masu. Náročnou situací pro zdravotníky může být přítomnost pacientovy rodiny, která vnímá jako povinnost starat se o svého nemocného příbuzného, což vyplynulo i z výzkumu této práce. Muslimové si budou připadat nečistí, např. z důvodu krvácení, hnisání rány, mdlob. Tyto a podobné situace jsou v nemocnici časté, pacientovi by tedy mělo být umožněno rituální omývání dle potřeby. Stejně tak jsou nečistí po vykonání potřeby. Řešením může být nádoba s vodou na toaletě či v koupelně. Hygienická péče od zdravotníků nenahradí rituální omytí, pacient se tedy bude chtít i po koupeli rituálně omýt tekoucí vodou. Velice důležitou potřebou muslimského pacienta jsou modlitby. Zdravotníci by měli zajistit vhodné a klidné prostředí a pacienta během modlitby nerušit, ani nechodit před modlícím se muslimem, to je muslimy vnímáno jako urážka.

Zdravotníci by měli dávat pozor na pacientovy náboženské předměty, kterých se kromě muslima nesmí nikdo dotknout. Důležité je provedení specifických úkonů po úmrtí. Zdravotníci by neměli tuto péči poskytovat, ale obrátit se na islámskou obec (viz příloha č.5 Kontaktní centra v České republice). Muslimové budou odmítat pitvu a pohřeb se budou snažit vykonat do dvou dnů, lékaři by toto přání měli respektovat a neprovádět zbytečné pitvy.

Soupis bibliografických citací

- 1) HAERI, Šajch Fadhlalla. *Základy islámu*. Olomouc: Nakladatelství Votobia. 1997. 235 stran. ISBN 80-7198-212-1
- 2) KÚNG, Hans. VAN ESS, Josef. *Křesťanství a islám*. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, spol.s.r.o. 1998. 192 stran. ISBN 80-7021-262-4
- 3) CROSS, Stephen. *Hinduismus*. Praha: Euromedia Group, k.s. 2001. 183 stran. ISBN 80-7202-799-9
- 4) KŘÍKAVOVÁ, Adéla. MENDEL, Miloš. MÜLLER, Zdeněk. DUDÁK, Vladislav. *Islám, ideál a skutečnost*. Praha: Nakladatelství Miloš Uhlíř – Baset. 2002. 313 stran. ISBN 80-86223-71-X
- 5) LOPEZ, Donald S. Jr. *Příběh buddhismu, průvodce dějinami buddhismu a jeho učením*. Brno: Nakladatelství Barrister & Principal. 2003. 253 stran. ISBN 80-86598-54-3
- 6) THERA, Nyanasatta. *Základy buddhismu*. Praha: Nakladatelství Alternativa. 1992. 219 stran. ISBN 80-85993-16-3
- 7) SNELLING, John. *Buddhismus*. Praha: Ikar Praha a.s. 2000. 206 stran. ISBN 80-7202-616-X
- 8) *Korán*. Praha: Nakladatelství Akademie věd České republiky. 1972. 797 stran. ISBN 80-7309-992-6
- 9) BOËLLE, Cathy. CHEMLA, Chantal. RASTETTER, Nicole. *Klíč k náboženství*. Praha: Nakladatelství Albatros. 2006. 158 stran. ISBN 80-00-01679-6
- 10) DEMJANČUKOVÁ, Dagmar. *Teorie a dějiny náboženství*. Dobrá Voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 2003. 172 stran. ISBN 80-86473-43-0
- 11) FRANKIELOVÁ, Sandra Sizer. *Křesťanství, cesta spásy*. Praha: Prostor, nakladatelství Aleše Lederera a Michala Štěpánka. 1996. 192 stran. ISBN 80-85190-56-X
- 12) ŠTAMPACH, Odilo Ivan. *Přehled religionistiky*. Praha: Portál. 2008. 240 stran. ISBN 978-80-7367-384-0

- 13) VOJTÍŠEK, Zdeněk. *Encyklopedie náboženských směrů v České republice, Náboženství, církve, sekty, duchovní společenství*. Praha: Portál. 2004. 440 stran. ISBN 80-7178-798-1
- 14) KÚBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Nakladatelství Arica. 1993. 251 stran. ISBN 80-900134-6-5
- 15) KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Nakladatelství Littera. 2007. 112 stran. ISBN 978-80-85763-36-2
- 16) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing a.s. 2012. 128 stran. ISBN 978-80-247-3171-1
- 17) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Nakladatelství Galén. 2007. 244 stran. ISBN 978-80-7262-471-3
- 18) PAYNEOVÁ, Sheila. SEYMOUROVÁ, Jane. INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. 807 stran. ISBN 978-80-87029-25-1
- 19) VORLÍČEK, Jiří. ADAM, Zdeněk. POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kolektiv. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing a.s. 2004. 544 stran. ISBN 80-247-0279-7
- 20) DIGIULIO, Robert. KRANZOVÁ, Rachel. *O smrti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 1997. 154 stran. ISBN 80-7106-210-3
- 21) IVANOVÁ, Kateřina. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 248 stran. ISBN 80-247-1212-1
- 22) COLIN-THOME, David. MAHLER, Jane. THOMAS, Keri. *Caring for the Dying at home: Companions of the Journey*. London. Radcliffe Publishing Ltd. 2003. ISBN 9781857759464
- 23) ROGALEWICZ, Vladimír. *Pravděpodobnost a statistika pro inženýry*. Praha: Vydavatelství ČVUT. 1998. 178 stran. ISBN 80-01-01740-0
- 24) *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace: 2009-2011*. Praha: Grada Publishing. 2010. 456 stran. ISBN 978-80-247-3423-1

Elektronické zdroje

- 25) Hospice [online]. [cit.3.3.2012]. dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

- 26) Masarykova univerzita [online]. [cit.16.4.2012]. dostupné z:
http://is.muni.cz/th/85169/prif_b/IndieText.txt
- 27) Masarykova univerzita [online]. [cit.30.4.2012]. dostupné z:
http://is.muni.cz/th/176593/lf_b/BP-text_prace.pdf
- 28) SZ a VOŠ Mladá Boleslav [online]. [cit.28.3.2012]. dostupné z:
[http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Char._kul._men%C5%A1in](http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Char._kul._men%C5%A1in.pdf)
.pdf (slide 17)
- 29) Masarykova univerzita [online]. [cit.20.2.2012]. dostupné z:
http://is.muni.cz/th/101234/lf_b/bakalarska_prace.txt
- 30) Apoštol [online]. [cit.18.3.2012]. dostupné z: <http://apostol.webnode.cz/o-smrti/umirani-a-smrt-z-pohledu-ruznych-nabozenstvi-/>
- 31) Hospice [online]. [cit.2.6.2012]. dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

Seznam tabulek

- Tab.1 Rozdělení respondentů dle pohlaví
- Tab.2 Rozdělení respondentů jednotlivých náboženství dle věku
- Tab.3 Rozdělení respondentů jednotlivých náboženství dle let v praxi
- Tab.4 Nemocniční oddělení, kde respondenti pracují
- Tab.5 Rozdělení respondentů dle náboženství
- Tab.6 Ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou všemi respondenty (osobní názor respondentů)
- Tab.7 Ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou respondenty s náboženským vyznáním a bez vyznání (osobní názor respondentů)
- Tab.8 Existující ucelený koncept paliativní péče
- Tab.9 Místo realizace péče o umírající
- Tab.10 Četnost péče o umírající pacienty u všech respondentů
- Tab.11 Způsoby vyrovnávání se s péčí o umírajícího pacienta - všichni respondenti
- Tab.12 Způsoby vyrovnávání se s péčí o umírajícího pacienta – respondenti s náboženským vyznáním a bez vyznání
- Tab.13 Aplikování náboženských tradic a zvyků do paliativní péče
- Tab.14 Vnímání smrti u jednotlivých náboženství
- Tab.15 Postoj k eutanazii u jednotlivých náboženství
- Tab.16 Modlitby v průběhu péče o pacienta u jednotlivých náboženství
- Tab.17 Porovnání péče o spirituální potřeby pacienta mezi jednotlivými náboženstvími
- Tab.18 Porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání
- Tab.19 Přítomnost duchovního na nemocničním oddělení u jednotlivých náboženství
- Tab.20 Přítomnost duchovního na nemocničním oddělení – respondenti s náboženským vyznáním a bez vyznání
- Tab.21 Zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství
- Tab.22 Tradice, zvyky a rituály při péči o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství
- Tab.23 Zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče u jednotlivých náboženství
- Tab.24 Důraz na medikamenty nebo na psychickou podporu a víru u jednotlivých náboženství

Tab.25 Četnost podávání analgetik v rámci paliativní péče u jednotlivých náboženství

Tab.26 Ošetřující zdravotník stejného pohlaví u jednotlivých náboženství

Tab.27 Sdělování pravdy nemocnému o jeho zdravotním stavu u jednotlivých náboženství

Tab.28 Sdělování pravdy nemocnému o jeho zdravotním stavu – respondenti s náboženským vyznáním a bez vyznání

Tab.29 Pomoc rodině a pozůstalým u jednotlivých náboženství

Tab.30 Pomoc rodině a pozůstalým u respondentů s náboženským vyznáním a bez vyznání

Tab.31 Náboženská specifika v péči o mrtvé tělo

Tab.32 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 1

Tab.33 Statistické zhodnocení hypotézy č.1

Tab.34 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 2

Tab.35 Péče o spirituální potřeby pacienta u respondentů s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Tab.36 Statistické zhodnocení hypotézy č.2

Tab.37 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 3

Tab.38 Statistické zhodnocení hypotézy č.3

Tab.39 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 4

Tab.40 Statistické zhodnocení hypotézy č.4

Tab.41 Výsledek výzkumného předpokladu číslo 5

Tab.42 Statistické zhodnocení hypotézy č.5

Seznam grafů

Obr.1 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou všemi respondenty

Obr.2 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Obr.3 Graf existence uceleného konceptu paliativní péče u jednotlivých náboženství

Obr.4 Graf míst péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

Obr.5 Graf porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi jednotlivými náboženstvími

Obr.6 Graf porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Obr.7 Graf přítomnosti duchovního na nemocničním oddělení u jednotlivých náboženství

Obr.8 Graf zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

Obr.9 Graf zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče u jednotlivých náboženství

Obr.10 Graf kladení důrazu na medikamenty nebo psychickou podporu a víru u jednotlivých náboženství

Obr.11 Graf poskytování pomoci rodině a pozůstalým u jednotlivých náboženství

Obr.12 Graf poskytování pomoci rodině a pozůstalým u respondentů s náboženským vyznáním a bez vyznání

Obr.13 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou všemi respondenty

Obr.14 Graf ovlivňování poskytované péče náboženskou vírou respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Obr.15 Graf péče o spirituální potřeby pacienta u jednotlivých náboženství

Obr.16 Graf porovnání poskytování péče o spirituální potřeby pacienta mezi respondenty s náboženským vyznáním a bez náboženského vyznání

Obr.17 Graf zapojení rodiny do péče o umírajícího pacienta u jednotlivých náboženství

Obr.18 Graf kladení důrazu na medikamenty nebo na psychickou podporu a víru u jednotlivých náboženství

Obr.19 Graf zahrnování tradičních léčebných postupů do paliativní péče mezi respondenty buddhismu, hinduismu a respondenty islámu, křesťanství, bez vyznání

III. Přílohy

Seznam příloh

- Příloha č.1: Standard ošetrovatelské péče o mrtvé tělo
- Příloha č.2: Informace pro pozůstalé
- Příloha č.3: Charta práv umírajících
- Příloha č.4: Seznam hospiců v České republice
- Příloha č.5: Kontaktní centra v České republice
- Příloha č.6: Dotazník v českém jazyce
- Příloha č.7: Dotazník v anglickém jazyce



Krajská nemocnice Liberec, a.s.

... umíme pomáhat

Pracovní postup

SOŠP - O č. 16

Péče o tělo zemřelého Evidence a předávání pozůstalosti

Definice

Smrt – exitus letalis – je nezvratný zánik jedince ukončením života. Smrt konstatuje vždy lékař po ohledání těla.

Cíl

- bezpečné, správné a etické ošetření těla zemřelého a jeho předání na odd. patologie
- jednotné a přesné vedení dokumentace, evidence, manipulace s věcmi a cennostmi
- zachování etického přístupu k pozůstalým

Pomůcky

- ochranné pomůcky, zástěna
- obinadlo k podvázání brady, fix na kůži
- pomůcky k likvidaci kontaminovaného odpadu
- záznam – soupis osobních věcí zemřelého
- všeobecné informace pro pozůstalé

Vlastní postup

- ošetření těla zemřelého
- převzetí těla od RZP
- sepsání pozůstalosti a uložení na určené místo
- vydání pozůstalosti

Ošetření těla zemřelého

- pokud je to možné, požádat spolupacienty o opuštění pokoje po dobu

- ošetření
- respektovat intimitu zemřelého
- prohlédnout ústa zemřelého, vyjmout umělý chrup
- svléknout tělo zemřelého a odstranit všechny šperky
- upravit polohu zemřelého do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla
- odstranit náplasti a obvazy, katétrů, kanyly a drény, při předpokladu velké sekrece se ponechají
- odstranění zevních fixačních a jejich vrácení na TOC KNL, a.s., event. vyžádání jejich odstranění na ☎ **2470**
- očista těla s ponecháním stomických sáčků
- provést úpravu obličeje – dolní čelist podvázat obinadlem ovázaným kolem hlavy (nekládat buničinu, vatu, nepoužívat elastické obinadlo), zavřít zemřelému oči
- označit tělo zemřelého – napsat fixem na přední stranu stehna jméno, příjmení, rodné číslo pacienta, oddělení, datum a přesný čas úmrtí, při vysoké amputaci DK označit tělo zemřelého na hrudník či břicho z vnější strany
- na identifikační náramek zaznamenat datum a čas úmrtí
- zabalit tělo zemřelého do čistého prostěradla, tak aby bylo tělo zcela zakryto
- zlikvidovat kontaminovaný odpad
- tělo zemřelého ponechat na oddělení 2 hodiny od konstatování smrti a po 2 hodinách provést kontrolu čistoty těla
- upravené tělo předat sanitáři, který ho v přepravním boxu transportuje na oddělení patologie
- v pavilonu D je tělo umístěno v chladicí místnosti pro zemřelé až do převozu pohřební službou na oddělení patologie, v LDN Jablonné v Podještědí je postup upraven Interním sdělením
- provést záznam do dokumentace – datum a čas úmrtí, ukončení ošetrovatelské dokumentace, záznam o předání pozůstalosti

Postup při manipulaci s mrtvým tělem dítěte

- postup při péči o mrtvé tělo dítěte staršího 1 roku je stejný jako u dospělého
- dětem do 1 roku navíc lehce přivázat ruce k tělu
- tělo novorozence a nedonošence zabalit do pleny a podložky
- ostatní těla podle velikosti do podložky nebo prostěradla
- při označení mrtvého těla postupovat takto: děti < 1 roku - kolem kotníku připevnit lístek s označením, děti > 1 rok – při označení postupovat stejně jako u dospělého

Vzor lístku s označením:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE:

RODNÉ ČÍSLO:

DATUM A HODINA ÚMRTÍ:

ODDĚLENÍ:

- mrtvé tělo po řádném označení a ošetření uložit do uzamykatelné místnosti
- po uplynutí 2 hodin od úmrtí zajistit odvoz mrtvého těla
- zápis do dokumentace, kdy bylo tělo dítěte odvezeno a komu bylo předáno (podpis sanitáře)

- tělo novorozence a nedonošence odnese sanitář v určené tašce
- tělo kojence, batolete odveze v kočárku (zabalené dítě bude překryté!)

POSTUP PŘI ÚMRTÍ V RZP

- RZP zavolá na interní ambulanci, ta informuje oddělení (měsíčně se střídá 2B, 4A, 4B, 5A), chirurgickou ambulanci, která informuje chirurgii 4p. event. traumatologii, u dítěte dětskou ambulanci
- tělo předá posádka RZP, pokud nemá další výjezd, pomůže tělo zemřelého odstrojit, sepíše (na formulář KNL) soupis věcí, cennosti
- péče o tělo provést dle postupu 4.1. (bez identifikačního náramku)
- Informace o úmrtí předává vždy lékař RZP

Pozůstalost

- sepsat 3x přesně a čitelně, popřípadě za účasti svědka, seznam veškerých věcí zemřelého do **Soupisu věcí zemřelého**
- nehodnotit nikdy cenné věci jako zlaté a stříbrné, ale popisovat je jako předměty ze žlutého či bílého kovu!
- potvrdit podpisem správnost vyplněného formuláře
- uložit pozůstalost na oddělení tak, aby nedošlo k její ztrátě
- jednat s pozůstalými vždy taktně a s účastí
- předat pozůstalost mimo cenností a peněžní hotovosti nad 1000 Kč.
- originál formuláře **Soupis věcí zemřelého** předat pozůstalým, 1. kopii vložit do dokumentace, 2. kopii odeslat sociální pracovníci
- pozůstalým předat formulář **Všeobecné informace pro pozůstalé**
- pozůstalost od zemřelého v RZP převzít na oddělení a předat pozůstalým

Kritické body

- nedostatečné ošetření těla zemřelého
- chybné, nebo žádné označení těla zemřelého
- nesprávně vyplněná dokumentace
- pochybení při předávání informací pozůstalým, neshody s příbuznými
- ztráta věcí

Pojmy a zkratky používané v SOŠP

- DK - dolní končetiny
- LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných
- RZP - rychlá zdravotnická pomoc

Kontrola dodržování SOŠP

Ošetřovatelský audit za účasti pracovníka patologie

Související předpisy

formulář Všeobecné informace pro pozůstalé

Poznámka

- informaci o úmrtí pacienta zajistí ústně či telefonicky vždy lékař
- převoz pohřební službou: 6.00 - 15.00 hodin, ☎485 101 112, 72 279,

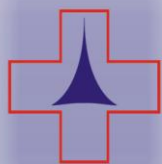
602 410 850

(převoz pohřební službou se zajišťuje z pavilonu D a pavilonu K)

- jakýkoliv nalezený projev poslední vůle zemřelého předat sociální pracovníci
- sociální služba – pracovní doba: **PO – PÁ 7.00 – 15.30**
pavilon B 2.patro - ☎**2675**
oddělení LDN - ☎**3207**
- kontaktovat sociální pracovníci v případě odmítnutí nebo nepřevzetí pozůstalosti do 3 dnů od úmrtí pacienta.
- při úmrtí pacienta s bydlištěm v Domově pro seniory Vratislavice nad Nisou je nutné tuto skutečnost ihned ohlásit vedoucím (Bc. Zoulová ☎602 674 701, P.Chocholoušková ☎725 946 430, recepce ☎482 750 799) a učinit o tom záznam do dokumentace

Použité zdroje

Zdroj: Krajská nemocnice Liberec, a.s. 19:4.2012



Krajská nemocnice Liberec, a.s.

... umíme pomáhat ...

Všeobecné informace pro pozůstalé

Vážení pozůstalí,

je nám velmi líto, že ztrácíte svého blízkého. Chtěli bychom vám co nejvíce ulehčit tyto dny, proto Vám pro úplnou informaci poskytujeme i písemný návod, jak dále postupovat při vyřizování náležitostí.

Od sester jste dostali **záznam - soupis osobních věcí zemřelého**, 2.kopie tohoto formuláře je sociální službou KN Liberec a.s, odeslána na dědické oddělení soudu (dle trvalého bydliště zemřelého). Notář pověřený příslušným soudem písemně vyzve pozůstalé k projednání dědictví.

Obraťte se na pohřební službu dle vlastního výběru, která Vám poskytne kompletní služby. Šaty pro zemřelého přijímá pohřební služba.

Na pohřební službu je nutné vzít s sebou tyto doklady:

- občanský průkaz zemřelého
- občanský průkaz objednavatele pohřbu

Úmrtní list vystaví úřad pověřený vedením matrik, v jehož obvodu osoba zemřela (Magistrát města Liberec – ☎ 485 243 725). Odbor správní - odd. matriky hlásí úmrtí na evidenci obyvatel, Všeobecné zdravotní pojišťovně a České správě sociálního zabezpečení.

Na matriku je nutné vzít s sebou tyto doklady:

- občanský průkaz zemřelého
- rodný list zemřelého
- oddací list, případně občanský průkaz pozůstalého manžela
- objednávku pohřbu z pohřební služby
- doklad totožnosti obstaravatele pohřbu

Na pohřebné má nárok osoba, jež vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte a to za podmínky, že zemřelá osoba měla ke dni úmrtí trvalý pobyt na území ČR.

Výše pohřebného je stanovena pevnou částkou Kč 5 000.

V případě jakýchkoliv nejasností (např. nedostatek finančních prostředků k zajištění pohřbu) kontaktujte sociální službu KN Liberec a. s,

☎ 485 312 675 (pavilon B, 2. poschodí, PO – PÁ 7.00 – 15.30).

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v

koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevyléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetrována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Zdroj: Umírání. [online]. [cit.17.3.2012]. dostupné z: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

Příloha č.4 **Seznam hospiců v ČR**

- Domácí hospic Jordán, Tábor
- Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna
- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
- Hospic Citadela, Valašské Meziříčí
- Hospic Dobrého Pastýře Čerčany
- Hospic Frýdek - Místek
- Hospic Liberec
- Hospic Malovická
- Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc
- Hospic Smíření, Chrudim
- Hospic sv. Alžběty v Brně
- Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích
- Hospic sv. Lazara v Plzni
- Hospic sv. Lukáše Ostrava
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích
- Hospic Štrasburk v Praze
- Hospic v Mostě
- Hospicová péče sv. Zdislavy
- Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava
- Mobilní hospicová jednotka, Ostrava

Příloha č.5 Kontaktní centra v České republice

Islámská nadace v Praze - Pražská mešita

Blatská 1491

198 00 Praha 9 - Kyje

Tel.: 281 918 876

Fax: 281 917 414

E-mail: paha@muslim.cz

<http://paha.muslim.cz/>

Informační kancelář a modlitebna v centru Prahy

Praha 1, Politických vězňů 14,

vchod z Pasáže Jiřího Grossmanna, 1. patro

Tel./fax: 224227903

E-mail: paha@muslim.cz

Islámská nadace v Brně – Brněnská mešita

Vídeňská 38a, 639 00 Brno

Islámské centrum v Teplicích – pobočka Islámské nadace v Praze

Kollárova 2807/8 (naproti ČSOB), 3. patro, Teplice.

Tel.: 776 319 533 , 776 003 329

Česká hinduistická náboženská společnost

Velehradská 1358/21, 130 00 Praha-Vinohrady

+420 573 375 285

paha@hinduismus.cz

www.hinduismus.cz

Centrum buddhismu Diamantové cesty

Vlkova ulice 36, Praha 3 Žižkov

www.bdc.cz/paha

Centrum buddhismu Diamantové cesty Brno

Trtílkova 18

612 00 Brno

www.bdc.cz/brno

Příloha č.6 **Dotazník v českém jazyce**

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Studentská 2

461 17 Liberec 1

Česká republika



Dotazník

Multikulturní aspekty paliativní péče

Dobrý den.

Jmenuji se Julie Caldová a jsem studentkou oboru všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci. Píši bakalářskou práci na téma paliativní péče, v které se chci zaměřit na multikulturní aspekty a rozdílnosti v péči o pacienty.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku.

Předem Vám moc děkuji.

- ***Pohlaví***
 - muž
 - žena
- ***Váš věk:***
- ***Jak dlouho jste v praxi?***
 - 0-5
 - 6-15
 - 16-25
 - více jak 25
- ***Nemocniční oddělení***
 -
- ***Náboženství***
 - hinduismus
 - buddhismus
 - islám
 - křesťanství
 - jiné -
 - bez vyznání

1) *Myslíte, že vaše víra ovlivňuje způsob péče o nemocného?*

- neovlivňuje
- ovlivňuje,
 - jak?

.....
.....
.....

2) *Máte ve své zemi ucelený koncept paliativní péče?*

- ne
- ano

3) *V jakém zařízení je obvykle realizována péče o umírajícího pacienta?*

- v nemocnici
- ve specializovaném zařízení pro nevléčitelně nemocné
- v domácí péči
- jinde:

.....
.....
.....

4) *Jak často pečujete o umírajícího pacienta?*

- nesetkávám se
- spíše výjimečně
- občas
- velmi často

5) *Jakým způsobem se vyrovnáváte s náročností péče o umírajícího pacienta?
(můžete označit více variant)*

- zachovávám profesionální odstup
- aktivně trávím volný čas – sport, kultura
- využívám služeb psychologa
- pomáhá mi mé náboženství
- scházíme se s kolegy a mluvíme o našich pocitech
- jinak :

.....
.....
.....

6) *Aplikujete své náboženské tradice a zvyky do paliativní péče?*

- ne
- ano, jakým způsobem?

.....
.....
.....

7) *Jak vnímáte smrt?*

- přechod na jiný způsob existence
- úplné ukončení existence
- jinak:.....
.....
.....

8) *Jak se stavíte k eutanazii?*

- absolutně ji odmítám
- za jistých okolností bych ji neodmítala
- jsem pro její povolení

9) *Modlíte se v průběhu péče o pacienta?*

- ano, modlím se pravidelně
- občas se pomodlím
- ne, nemodlím se

10) *Pečujete o spirituální potřeby pacienta?*

- ne
- ano,
 - jak?.....
.....
.....
.....

11) *Je na oddělení k dispozici duchovní?*

- je přítomen neustále
- pravidelně dochází
- není přítomen

12) *Zapojuje se do péče o umírajícího pacienta i rodina pacienta?*

- ne
- ano,
 - jak?.....
.....
.....

13) *Máte nějaké tradice, zvyky či rituály při péči o umírajícího?*

- ne
- ano,
 - jaké?.....
.....
.....
.....

14) Zahrnujete do paliativní péče i své tradiční léčebné postupy?

- ne
- ano,
 - jaké?

.....
.....
.....
.....

15) Dáváte při péči o umírajícího větší důraz na medikamentózní léčbu nebo na víru a modlitby?

- důraz kladu na medikamenty
- větší důraz kladu na psychickou podporu a víru
- obě součásti jsou stejně důležité

16) Podáváte pacientům analgetika v rámci paliativní péče?

- ano, pravidelně, jsou nedílnou součástí léčby
- ano, jsou nedílnou součástí léčby, ale snažíme se je omezovat
- ne, snažíme se pacientovi ulehčit od bolesti jinými metodami
 - jak?.....

.....
.....
.....

17) Je nutné, aby pacienta ošetřoval zdravotník stejného pohlaví?

- ano
- ne

18) Říkáte pacientovi vždy celou pravdu o jeho zdravotním stavu?

- ano, sdělujeme celou pravdu
- nesdělujeme
- říkáme jen nejn nutnější část pravdy, kterou pacient unese
- dle přání příbuzných

19) Poskytujete pomoc a péči i rodině a pozůstalým?

- rodině poskytujeme psychickou podporu a pomáháme i s organizačními záležitostmi
- rodině poradíme s organizačními záležitostmi
- o rodinu se většinou nestaráme

20) Má vaše víra nějaká specifika v péči o mrtvé tělo?

- ne
- ano,
 - jaká?

.....
.....
.....
.....

21) Chtěli byste něco dodat či doplnit?

.....

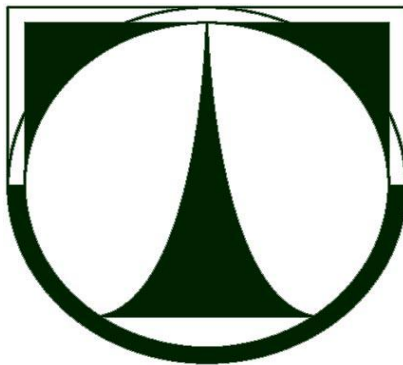
.....

.....

.....

Technical university of Liberec
Institute of health studies

Studentská 2
461 17 Liberec 1
Czech Republic



Questionnaire
Multicultural aspects of palliative care

Dear respondent,

My name is Julie Caldova and I am a student of nursing at Technical University of Liberec (Czechia, known also as the Czech Republic). I am working on thesis focused on multicultural aspects of palliative care, particularly the differences in care determined by culture and religion. I would like to ask you to fill this anonymous survey which will take you about 15 minutes. Your answers will help me to obtain initial data for my research.

If you have any questions please send them to my email: julie.caldova@seznam.cz Thank you very much!

What is your sex?

- female
- male

What is your age?

-

For how long do you work in your branch?

- 0-5 years
- 6-15 years
- 16-25 years
- more than 25 years

At which department of the hospital do you work?

-

What is your religion?

- I am Hindu
- I am Buddhism
- I am Muslim
- I am Christian
- I am without religion

1) Does your belief influence the care for patient?

- No, it has no influence.
- Yes, it has an influence.
 - If you have answered “YES” for the previous question, could you please specify it?

2) Does your country have a comprehensive concept of palliative care?

- Yes.
- No.
- I do not know.

3) Where is the care for incurable/dying patients performed? (Please select the most common if possible.)

- In the hospital.
- In a special institute devoted to the care for incurable/dying patients.
- At home
- In another place.
 - Could you specify it?

4) How often do you care for dying patient?

- Never.
- Rather exceptionally.
- Occasionally.
- Often.

5) How do you come to terms with difficulty of care for dying patient? (You may choose one or more cases.)

- I do not take care for dying people.
- I keep a professional distance.
- I spend my free time in an active way (sport, culture, etc.).
- I use the service of psychologist.
- My religion helps me.
- We arrange meetings with colleagues, talk about our feelings, and share our experience.
- Differently.
 - Could you specify it?

6) Do you apply your religious traditions and habits in palliative care?

- I do not take care for dying patient.
- No, I do not.
- Yes, I do.
 - Could you specify it?

7) How do you understand death?

- It is a transition to another way of existence.
- It is absolute termination of existence.
- Differently.
 - Could you specify it?

8) *What is your opinion of euthanasia?*

- I completely disapprove.
- I would not disapprove under specific circumstances.
- I agree with its establishment.

9) *Do you pray while caring of patient?*

- Yes, I pray regularly.
- Occasionally I pray.
- No, I do not pray.

10) *Do you look after patient's spiritual needs?*

- No.
- Yew.
 - Could you specify it?

11) *Is there a priest available at your department?*

- Yes, she/he is permanently present.
- She/he is regularly visiting our department.
- No, she/he is neither present nor available.

12) *Do you involve patient's family in caring?*

- No.
- Yes.
 - Could you specify it?

13) *Do you have any traditions, rituals or habits concerning care for dying patient?*

- No.
- Yes.
 - Could you specify it?

14) *Do you use procedures or techniques of your traditional medicine in palliative care?*

- I do not take care for dying patient.
- No.
- Yes.
 - Could you specify it?

15) *In caring for dying, do you give preference to medicament or to faith and prayers?*

- *I prefer medicament.*
- I prefer faith and psychical support.
- Both are of the same importance.

16) *Do you administer analgesics within palliative care?*

- Yes, it is regular part of the care.
- Yes, it is regular part of the care, but we try to reduce it.
- No, we make an effort to alleviate the pain by different methods.
 - Could you specify it?

17) Does the medical stuff necessarily need to be of the same sex as the patient, who is she/he taking care of?

- Yes.
- No.

18) Concerning patient's state of health, do you always tell her/him the truth?

- Yes, we always tell the whole truth.
- No, we do not.
- We tell only the most necessary part of the truth which is patient able to endure.
- We respect the will of patient's relatives.

19) Do you also provide help and care to patient's relatives or bereaved?

- We provide psychical support and we also help family to handle practical problems (burial, e.g.).
- We provide advice concerning practical problems (burial, e.g.).
- We usually do not take care of patient's relatives.

20) Does your faith have specific requirements concerning dead body?

- No.
- Yes.
 - Could you specify it?

21) Please let me know if you have any comments.